

Année 1912 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

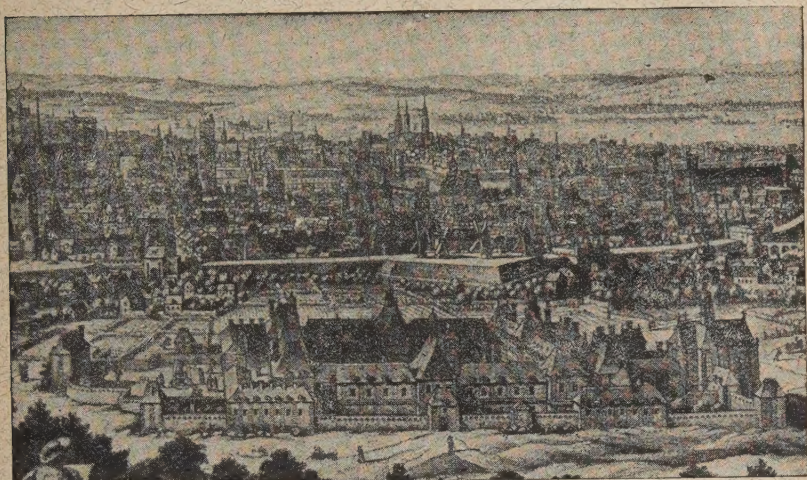
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre GROS

Né à Marseille le 2 juillet 1885
Ancien externe des hôpitaux

19



LES

PIGMENTATIONS DANS LA SYPHILIS

ET

LEURS RAPPORTS AVEC LE VITILIGO

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

—
1912

28

19

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1912 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

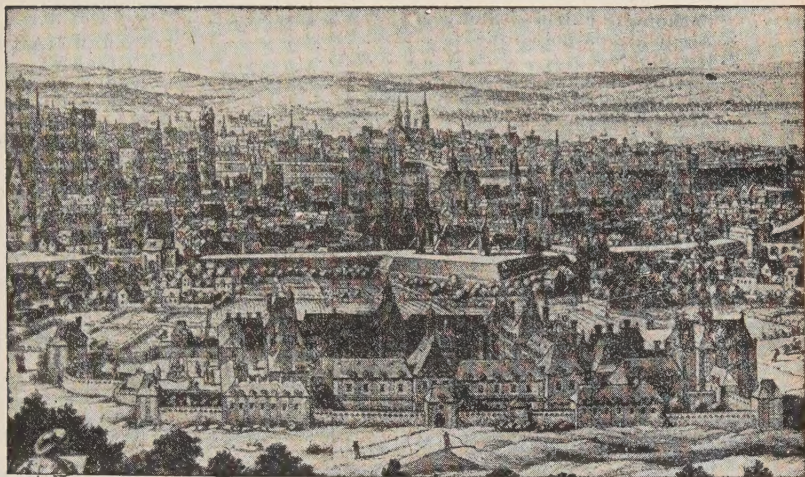
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre GROS

Né à Marseille le 2 juillet 1885

Ancien externe des hôpitaux



LES

PIGMENTATIONS DANS LA SYPHILIS

ET

LEURS RAPPORTS AVEC LE VITILIGO

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	W. ISS
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TESSIER
Pathologie chirurgicale.	X.
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	MARFAN
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
	QUENU
Clinique chirurgicale.	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	N.
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

LES
PIGMENTATIONS DANS LA SYPHILIS
ET
LEURS RAPPORTS AVEC LE VITILIGO

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention, dans le présent travail, de donner une étude complète des dyschromies qui surviennent au cours de la syphilis.

Nous nous occuperons plus spécialement d'une de ces dyschromies dont la pathogénie et l'évolution ont été des plus discutées, et dont le diagnostic peut, dans certains cas, présenter une importance pratique des plus grandes : la syphilide pigmentaire.

Mais il nous a paru rationnel d'embrasser au fur et à mesure les autres variétés de pigmentations que provoque la syphilis : comment, en effet, expliquer les variations qu'a subies la conception de Fournier sur la pigmentaire du cou, si l'on n'examine, même rapidement, les pigmentations typiques ou atypiques, primitives ou secondaires, que les différents auteurs ont tour à tour envisagées dans la vérole.

Et cela nous a naturellement conduit à parler d'une dyschromie dont l'origine syphilitique paraît de plus en plus probable : le vitiligo.

Nous avons placé son étude après celle de la leucomélanodermie de Fournier, dont cet auteur faisait une forme atypique de la dyschromie syphilitique cervicale.

La leucomélanodermie nous paraît, en effet, devoir être rattachée au vitiligo dont elle ne serait pas séparable pour M. Pautrier.

Enfin, les relations de la syphilis et du vitiligo, relations envisagées par beaucoup de cliniciens modernes, feront la matière d'un dernier chapitre de ce travail qui n'a d'autre prétention que d'être une revue générale, incomplète, sans doute, de la question.

ÉTUDE

DE LA PIGMENTATION NORMALE DE LA PEAU

Il nous paraît utile, avant d'aborder l'étude de la syphilide pigmentaire, de donner un rapide aperçu de la pigmentation normale de la peau et des différentes affections dans lesquelles se voient des troubles de cette fonction.

On doit, suivant Darier, réserver le nom de mélanodermie aux colorations étendues de la peau, et appeler taches pigmentaires les hyperchromies circonscrites et limitées.

Dans les mélanodermies, les dyschromies par excès de pigment, le changement de couleur est l'unique modification que présente la peau, la gamme des colorations possibles allant du jaune brun, le gris sale, le fauve, ou le bistre jusqu'au brun rouge au gris ardoisé, et au noir le plus sombre.

Quelle que soit l'intensité de la teinte, elle résiste aux lavages, ce qui distingue les pigmentations des dépôts de matière colorante sur l'épiderme ; elle ne s'efface pas par la pression du doigt ou la vitropression, contrairement à la nuance sombre qui peut

résulter d'une stase veineuse ou des angiectasies d'un nævus vasculaire.

Quant aux achromies, elles sont, suivant M. Darier, plus souvent relatives qu'absolues ; mais le pigment peut, toutefois, faire totalement défaut dans les téguments.

Les trois pigments. — Il est reconnu aujourd'hui que l'on peut rencontrer dans la peau, trois espèces de pigments : le pigment ocre, la mélanine et le pigment paludique.

1° Le pigment ocre (hémosidérine de Neumann ou rubigine de Lopicque) se présente sous la forme de granulations inégales, souvent assez grosses ou groupées en bloc, d'une couleur variant du jaune or au rouge brun. Chimiquement, il présente les réactions du fer en ce qu'il est soluble dans les acides minéraux étendus, qu'il noircit par le sulfhydrate d'ammoniaque et bleuit par le ferrocyanure de potassium.

Le pigment ocre se rencontre avec une très grande fréquence dans l'organisme ; c'est lui qui se forme dans les extravasats sanguins et toutes les fois que des globules rouges sont détruits en entier.

Ce pigment est celui du diabète bronzé, des cirrhoses pigmentaires et des taches pigmentaires post-hémorragiques.

On ne le trouve jamais dans l'épiderme, mais toujours dans le derme, et ses granulations sont intracellulaires, ce qui ne veut pas dire que le pigment dermique soit toujours et exclusivement du pigment

ocre. Mais dans beaucoup de dermatoses pigmentées et dans la majorité des cas, l'on voit des granulations donnant la réaction du fer.

2° Le pigment noir ou mélanine forme des granulations petites et rondes, d'un brun plus ou moins foncé; il ne donne pas les réactions du fer, mais d'après Nencki, il contient du soufre, parfois en proportion assez élevée.

La mélanine est le pigment normal de l'épiderme et des poils, celui de la choroïde de l'œil, celui de la maladie d'Addison, des tumeurs mélaniques et d'un certain nombre de taches pigmentaires.

3° Le pigment palustre est spécial à la malaria, puisqu'il résulte d'une élaboration de l'hémoglobine dans les corps mêmes des parasites de Laveran; il est déposé dans la rate, le foie et le cerveau, assez souvent dans la peau, mais dans les épithéliums sécréteurs. Il se présente sous l'aspect de grains arrondis ou irréguliers à contours mousses, conglomérés, quand ce pigment est abondant.

Malgré de grandes analogies, le pigment palustre diffère de la mélanine, notamment par sa teneur en sels minéraux.

Distribution et siège du pigment. — La peau humaine est normalement pigmentée partout, l'abondance du pigment est très variable, suivant les régions : l'aréole et le mamelon, les aisselles, les organes génitaux sont hyperchromiques; mais il y

a aussi, dans une même race, des différences individuelles suivant le sexe, l'âge, le genre de vie.

Le pigment cutané siège dans le derme et dans l'épiderme. Dans l'épiderme les granulations de mélanine occupent les cellules de la couche basale et s'accumulent autour du noyau; elles peuvent se grouper en coupole dans la partie supérieure des cellules; d'ailleurs, si le pigment est abondant, on peut rencontrer des granulations isolées dans tout le corps muqueux.

Les poils et les cheveux renferment aussi, surtout dans leur couche corticale, des granulations mélaniques intra-cellulaires; c'est de leur proportion seule que dépend la nuance blonde, châtain, rousse ou noire du système pileux. Dans le derme, pour peu que la pigmentation soit un peu marquée, on trouve toujours au niveau des papilles et du plexus sous papillaire, des éléments allongés fusiformes chargés de granulations pigmentaires. Tous les auteurs admettent, malgré Unna, que ces éléments sont de véritables cellules mélaniques, et si l'on discute encore, c'est sur leur nature réelle, conjonctive, migratrice ou spéciale.

Ces cellules semblent souvent entrer en contact, par leurs prolongements, avec les cellules épidermiques, elles peuvent même pénétrer dans le corps muqueux; pour Darier, la présence de pigment libre est contestable; il s'agirait donc de cellules migratrices au leucocytes chargés de pigment.

Cependant, on tend aujourd'hui à admettre que

les cellules pigmentaires ramifiées ne sont pas chargées de l'apport du pigment mélanique qui serait sécrété par les cellules épithéliales elles-mêmes ; mais elles pourraient aider à l'emporter dans les voies lymphatiques quand il y a dépigmentation.

On peut rencontrer une hyperpigmentation surtout épidermique ou surtout dermique ; mais dans la plupart des cas, suivant Darier, elles coexistent en proportion variable dans le derme et dans l'épiderme.

.

ÉTIOLOGIE DES PIGMENTATIONS

La pathogénie et l'étiologie des pigmentations, sans doute extrêmement intéressantes, sont des plus mal connues et les divers notions sur ce sujet sont des plus hypothétiques.

L'apparition des dyschromies paraît liée à des causes externes et internes, les premières étant à la vérité mieux connues.

L'on sait que toute irritation un peu forte ou prolongée peut donner lieu à des pigmentations ; mais comme le veut Darier : « ces troubles pigmentaires ont pour la plupart le caractère d'une réaction vitale contre l'irritant, et par conséquent leur manifestation et leur intensité dépendront souvent moins de la nature de l'agent causal que de la tendance réactionnelle du sujet.

Parmi ces causes irritantes, les agents physiques jouent un rôle évident : la production du hâle par exemple, est due principalement à la lumière et en particulier aux rayons chimiques du spectre ; la chaleur peut être mise en cause dans certains cas et Neisser, ainsi que nous le verrons plus loin, incrimine

dans quelques dyschromies syphilitiques apparues chez des forgerons ou des boulangers, l'action calorifique des foyers.

Les agents mécaniques de même peuvent donner lieu à des pigmentations ou tout au moins jouer un rôle secondaire, localisateur dans leur apparition : le vitiligo, la syphilide pigmentaire dite primitive sont bien souvent localisés à des régions chroniquement irritées ainsi que le veulent Finger et Thibierge.

Enfin pour en finir avec ces causes externes, à côté des dyschromies parasitaires, dont l'étiologie semble complexe, on peut ranger, semble-t-il, celles qui sont secondaires à des dermatoses : les bulles de pemphigus, l'herpès, le zona, les furoncles, les tuberculides papulo-nécrotiques etc. laissent souvent des troubles pigmentaires ; de même les lésions syphilitiques, macules de roséole, papules secondaires, lésions ulcéreuses, sont le point de départ d'altérations pigmentaires où l'on peut observer soit une mélanodermie soit une leucodermie plus ou moins atrophique.

Mais d'autres causes de dyschromie ont été invoquées, générales ou internes, dont le mécanisme a été très diversement interprété.

Parmi ces dernières, il nous faut citer d'abord l'hyperémie qui intervient, sans doute, dans les pigmentations de cause locale ou externe dont nous venons de parler, par exemple dans la mélanodermie apparue sur des membres variqueux.

Les lésions des capsules surrénales sont depuis

longtemps reconnues comme une des causes de la mélanodermie addisonienne : nous n'allons pas entamer une discussion sur la part qui revient dans cette dyschromie à l'insuffisance surrénale ou aux lésions du plexus nerveux péricapsulaire.

Si l'on incrimine l'insuffisance surrénale on pourra dire avec Brown-Séquard que normalement celles-ci détruisent le pigment ou une substance pigmentogène ce que ne pourraient faire les surrénales malades..., si l'on se rattache à la théorie du sympathique, on dira que celui-ci produit, s'il est irrité, une suractivité dans le travail des cellules qui sécrètent le pigment.

Le système nerveux sympathique au cérébro-spinal joue, sans doute, un rôle dans bien des dyschromies et l'on invoque l'action du dernier dans la lèpre, le vitiligo, dans la pigmentation dite primitive de la syphilis.

Cette syphilis pigmentaire primitive n'appartient du reste pas exclusivement à la vérole, puisqu'elle a été observée par Thibierge notamment dans la tuberculose et dans la chlorose par Chauffard ; d'autre part bien des points la rapprochent du chloasma de la grossesse, de la maladie d'Addison et l'on pourrait se demander si cette dyschromie syphilitique n'est pas elle aussi sous la dépendance d'un trouble de l'appareil nerveux péri-capsulaire, trouble que provoquerait la syphilis.

D'autres dyschromies ont été placées sous la dépendance d'altérations hématiques : dans ce cadre

rentre la mélanodermie palustre et peut-être le diabète bronzé ; l'on a aussi cherché une origine sanguine à la syphilide pigmentaire et les théories les plus diverses ont été soutenues.

Pour Diday, le sang des syphilitiques subirait une altération particulière de sa matière colorante, une disposition à laisser celle-ci se déposer dans les tissus. Si une cause quelconque augmente la congestion et par suite la quantité de sang contenue dans la peau, peu à peu le sang infiltrera les téguments et finalement la matière colorante se présentera assez près de la surface pour y produire un changement de teinte perceptible.

Petresco (1) rapproche le mécanisme de la syphilide pigmentaire de celui qu'on observerait dans le paludisme : il y aurait apport exagéré d'hémoglobine provenant des globules rouges détruits, d'où mélanine et dépôt de celle-ci dans les tissus.

D'autres auteurs ont pensé que la présence de pigments biliaires dans le sang pouvait être l'origine de bon nombre de dyschromies, et peut-être la syphilis qui n'épargne pas le foie produirait-elle ses pigmentations par l'intermédiaire de celui-ci ?

Enfin, certains troubles pigmentaires sont d'origine toxique comme la mélanodermie arsenicale et aussi l'argyrie, quoique cette dernière ne soit pas de nature pigmentaire, la coloration des tissus étant due à un dépôt d'argent.

1. Petresco, *Syphilide pigmentaire du cou*. Thèse de Paris, 1901.

Ainsi qu'on le voit par cette étude rapide et forcément incomplète, l'étiologie et la pathogénie des pigmentations est des plus mal connues, et c'est pour cette raison qu'une classification des dyschromies d'après leur étiologie nous paraît devoir forcément manquer de clarté.

Tout au contraire l'on peut, en partant d'un point de vue purement clinique, diviser les dyschromies en primitives et secondaires.

Nous appellerons pigmentations primitives ou spontanées celles qui ne sont précédées d'aucun élément éruptif antérieur.

Les pigmentations secondaires sont, au contraire, celles qui succèdent à un élément éruptif ayant siégé précisément où se fait la dyschromie, mélanodermie ou achromie suivant les cas, suivant l'importance de l'élément éruptif.

On peut, d'après cette classification, ranger dans le premier groupe celui des dyschromies spontanées : la mélanodermie addisonienne, le chloasma utérin, le lentigo.

Dans le groupe des dyschromies secondaires : les mélanodermies ou achromies consécutives à une cause locale, à une dermatose, comme le pemphigus, le lichen plan, l'ulcère variqueux, etc.

HISTORIQUE

Nous venons de voir que les dyschromies de la peau peuvent être classées, au point de vue clinique, en dyschromies secondaires, c'est-à-dire précédées d'une manifestation cutanée antérieure dont elles sont le reliquat, et en dyschromies qui ne paraissent consécutives à aucune dermatose et qui par cela même méritent le nom de primitives.

Cette distinction entre les pigmentations primitives et secondaires s'applique-t-elle aux troubles pigmentaires considérés au cours de la syphilis, et peut-elle subsister dans cette affection ? Autrement dit, y a-t-il, au cours de la syphilis à côté de dyschromies nettement secondaires, d'autres troubles pigmentaires vraiment primitifs ?

Et, d'abord, qu'a-t-on appelé syphilide pigmentaire ? C'est en 1853 que Hardy l'a décrite : elle est, pour lui, caractérisée par des taches grises, jaunâtres, entremêlées de taches blanches, siégeant le plus souvent au cou, il la considère comme étant nettement primitive, de même que le fera plus tard Fournier dans sa belle description restée classique.

Mais c'est Monneret le premier (*in compendium de Médecine*) qui semble y faire allusion sous le nom de dyschromie syphilitique (1).

Pillon (2) dans sa thèse en parle de même et Bazin en 1854, s'appuyant sur l'inefficacité du traitement spécifique, fut le premier et longtemps le seul à combattre les idées de Hardy, sans nier l'influence de la syphilis sur la production de la syphilide pigmentaire, mais, constatant l'inefficacité du mercure et de l'iodure de potassium, il range celle-ci dans la catégorie des affections qui reconnaissent pour cause la syphilis et une influence extérieure. Il y voit une juxtaposition d'achromie et d'hyperchromie, mais ne partage pas les idées de Hardy au point de vue du pronostic.

Pillon en 1855 paraît en avoir une conception assez exacte : « à peu près dans tous les traités spéciaux, il est question de taches, de macules ou éphélides syphilitiques mais aucune des descriptions qu'on en donne ne convient exactement à ce dont il s'agit. »

Il la décrit sous le nom de syphilide maculeuse et la considère comme un accident très fréquent de la période secondaire, il y voit une série d'éléments les uns pâles, hypo-pigmentés, les autres anormalement colorés, mais ne semble pas avoir d'opinion très nette sur son origine.

Il affirme que la roséole affecte rarement le cou,

1. Monneret, *Compendium de médecine pratiqu.*, t. VIII, p. 50.

2. Pillon, *Exanthèmes syphilitiques*, thèse Paris 1857.

et ajoute : « la roséole a pâli, sa teinte a changé ; il existe sur le cou une teinte sombre, diffuse, mais non continue au milieu de laquelle s'aperçoivent des espaces irréguliers bien plus blancs ».

Neumann (1) était déjà, dès 1855, le promoteur de cette idée de Bazin (2) d'après laquelle la syphilide pigmentaire serait une affection vitiligneuse.

Rollet de Lyon, en 1865, dans son *Traité des maladies vénériennes* lui refuse tout caractère spécifique et la rattache lui aussi au vitiligo ou au pityriasis versicolore. Tanturri (3) en 1865 la décrit sous le nom de sphilide jaune primitive, caractérisée par des taches couleur ocre ou grisâtres qui se manifestent ordinairement sur le cou en forme de large collier.

Il conclut de ses examens histologiques que les parties décolorées en apparence, renferment autant de pigment que la peau normale.

Kaposi (4) en 1875 la nie formellement ; il ne l'a jamais observée et ne la croit pas soutenable.

Drysdale (5) en fait lui aussi une affection vitiligneuse, une véritable dyschromie double.

Atkinson (6) en 1878 considère les taches foncées comme étant la seule manifestation pathologique et

1. Neumann, *Wienn medicin. blatter* 1855.

2. Bazin, *Leçon sur la syphilis et les syphilides*. Paris.

3. Tantuni, *De la syphilide pigmentaire, à fond jaune* (*Gaz. hôp.* 1866 p. 26 et *Gaz. méd.* Paris 1865 p. 737).

4. Kaposi, *Pathol. und therapie* 1899-1900.

5. Drysdale, *Pigmentary syph.* (*the Lancet* 1877 vol. II p. 730, 826).

6. Atkinson, *Syph. pigmentaire* Chicago, *méd. journ.* oct. 1878,

admet que les taches blanches ne semblent plus blanches que par suite du voisinage des zones pigmentées.

Simon et Neisser, en 1883, lui donnent le nom de leucodermie syphilitique et la décrivent comme un trouble de la nutrition dans laquelle il y a résorption et formation de pigment.

Riehl (1) en 1884, la considère comme concécutive aux efflorescences maculeuses et papuleuses de la syphilis, mais d'après ses recherches anatomo-pathologiques et les observations cliniques, il ne peut admettre une différence quelconque entre la leucodermie et le vitiligo.

Maireau (2) en 1884 dans sa thèse y voit « une dyschromie caractérisée par des îlots arrondis d'hypochromie semés en plus ou moins grand nombre sur une nappe plus ou moins étendue d'hyperchromie. »

Pour lui c'est une affection primitive qui n'est absolument pas le reliquat d'éléments antérieurs.

Lesser en 1884, Haslund, Ehrman en 1887 en font une affection secondaire et attachent toute l'importance aux taches claires : « ces taches blanches dit Haslund qui se voient après les papilles, sont des cicatrices toujours légèrement déprimées. Elles sont au début de couleur brune en raison de l'augmentation de pigment produite par la transvasation du

1. Riehl, *Zur Kenntniss des pigmentes in menschlichen boar Vierteljahr f. dermat. und syphilis*, 1884 p. 33.

2. Maireau, *De la syphilide pigmentaire*, thèse de Paris, 1884.

sang dans la papule ; elles ne revêtent la couleur blanche que longtemps après quand le pigment a été résorbé.

En 1887, Fisson dans sa thèse, propose le terme de vitiligo syphilitique et distingue deux variétés de syphilides pigmentaires, il compare au point de vue des troubles de la pigmentation, la syphilis à la lèpre : « de même que dans la lèpre il faut distinguer des troubles de la pigmentation qui surviennent primitivement, des troubles de la pigmentation qui surviennent au niveau ou à la suite des macules ou des éruptions de léprose ; de même dans la vérole, il faut distinguer les troubles pigmentaires primitifs et ceux qui surviennent au niveau et à la suite d'une éruption syphilitique. »

Pollchen (1) en 1887 fait succéder les taches claires aux macules de roséole et insiste sur la coloration normale du cou qui met en relief les îlots décolorés.

Bockhardt (2) (1887) en fait une étude histologique et constate une vascularité portant sur les artérioles et les veinules du derme sous papillaire.

De Maieff, en 1889, considère la pigmentaire du cou comme une affection primitive dont le début est marqué par une pigmentation diffuse de la peau.

Frattali, Ehrmann, Unna et Hjelman font des études histologiques sur la question et les examens

1. Pollchen, *Virchow's arch. für pathol.* 1887.

2. Bockhardt, *Ueber pigment. syphilis Monatschr. prakt. dermat.* 1887.

de Iljelman démontrent que la lésion est véritablement une dyschromie double et que le pigment, au niveau des taches claires est absent ou tout au moins existe en quantité moindre qu'au niveau des taches sombres où il existe en excès.

Cependant Saintin, en 1894, considère la syphilis pigmentaire comme de nature primitive.

Fournier en donne une description magistrale et affirmer qu'elle n'est précédée d'aucun exanthème, qu'elle naît avec les caractères qu'elle gardera ultérieurement, tel est l'avis également de Barthélémy, Audry.

Balzer admet en 1899, que la syphilis pigmentaire peut être primitive et qu'elle peut être également secondaire et dans ce dernier cas le processus évolutif est le même que celui qui produit la leucoatrophie cutanée.

Brocq, Darier, Finger sont, de même, partisans d'une théorie éclectique et admettent une pigmentaire primitive et secondaire.

En 1901, Barcat dans sa thèse en fait une affection secondaire et considère les ilots clairs comme consécutifs à des éruptions antérieures qui laissent souvent à leur centre une macule noirâtre qui disparaît à son tour.

En 1903, Hulleu, élève de Thibierge considère la syphilide pigmentaire comme toujours secondaire à des éléments éruptifs et pour lui, la partie importante de la lésion est l'achromie, l'hyperchromie ne

se produisant qu'en certaines régions normalement hyperpigmentées.

En 1906, le professeur Gaucher fait de la pigmentaire du cou une lésion toujours secondaire, mais donne une explication nouvelle de sa formation et reconnaît que le même phénomène objectif peut être la conséquence de lésions différentes.

La question, comme on le voit par ce rapide exposé n'a fait que se compliquer depuis 1853 date où elle est pour la première fois décrite.

Mais elle se complique encore : en 1904, Pautrier différencie nettement une forme de la syphilis pigmentaire, leucomélanodermie de Fournier de la lèpre kabyle des auteurs algériens, affection qui peut la simuler mais ne lui est pas identique ; il pose la question de savoir si la leucomélanodermie de Fournier n'est pas tout simplement une forme de vitiligo.

Les rapports du vitiligo et de la syphilis avaient été signalés dès 1889 par Tenneson dans une observation où il ne s'autorisait pas à conclure dans un sens ou dans l'autre « en [ce qui concerne les relations du vitiligo et de la syphilis nous ne sommes point en mesure de nous prononcer aujourd'hui ».

En 1891, M. Thibierge dans une étude sur le vitiligo, écrit que celui-ci peut mettre sur la voie du tabès à la période préataxique.

En 1892, Du Castel pose encore la question du rapport possible entre les deux affections à propos

d'un malade présentant un vitiligo généralisé et une leucoplasie linguale.

Pierre Marie et Crouzon, Pierre Marie et Guillaïn, dans une série d'observations admettent en 1902 une relation entre le vitiligo et la syphilis.

Ballet et Bauer la même année, arrivent aux mêmes conclusions.

Déjà en 1900, le professeur Gaucher rapproche les troubles de la nutrition générale observés dans le vitiligo idiopathique de ceux que l'on rencontre dans la syphilis.

Enfin en 1905, Thibierge, reprenant ses études sur la question, estime que la syphilis peut jouer un rôle excitateur, localisateur dans la production du vitiligo, rôle que peuvent d'ailleurs jouer des causes banales, comme les corsets, les bandages herniaires, qui agissent localement.

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA SYPHILIS PIGMENTAIRE

C'est en 1853, que Hardy donne la première description complète de la syphilide pigmentaire du cou, il la range parmi ce qu'il appelle les syphilides intermédiaires, désignant par là les accidents qui apparaissent quatre à six mois après le chancre « en même temps que les phénomènes de transition de la seconde à la troisième période, c'est-à-dire en même temps que l'iritis syphilitique et le testicule syphilitique ».

Pour lui, la syphilis pigmentaire est caractérisée par des taches grises entremêlées de taches blanches.

« Ces taches ne font aucune saillie au-dessus de la peau, elles ne présentent aucune desquamation et paraissent situées sous l'épiderme, leur grandeur varie d'une pièce de 50 centimes à une pièce de 1 franc ; leurs bords sont inégaux comme déchiquetés quelquefois isolées, ces taches sont le plus souvent réunies en grand nombre dans la même région ; elles se touchent par leurs bords et recouvrent ainsi une partie de la peau assez considérable, en laissant

entre elles des taches blanches qu'elles circonscrivent.

» Je considère ces taches comme de véritables éphélides produites par la matière pigmentaire irrégulièrement déposée dans les régions où l'affection cutanée existe, cette matière étant trop abondante dans les taches grises et présentant une diminution dans les taches blanches. Bazin ne voulait pas regarder ces taches comme de nature syphilitique par cette raison assez singulière que le mercure n'a pas d'influence sur elles.

Mais comme ces taches n'arrivent jamais que chez des individus atteints de syphilis, et comme elles coïncident avec d'autres accidents syphilitiques, je persiste à penser qu'on ne peut nier leur caractère spécifique et qu'on ne doit pas les distraire du cadre de la syphilis.

» ... La syphilide pigmentaire a pour lieu d'élection le cou, elle peut l'entourer complètement en manière de collier (collier de Vénus) ou bien rester bornée aux parties latérales; parfois elle s'étend sur la poitrine en avant; je l'ai rencontrée parfois à la figure, au front, aux aisselles, à l'abdomen.

» ... Sa marche est très variable; dans certains cas elle disparaît au bout d'un ou deux mois et dans d'autres elle persiste très longtemps et parfois d'une manière indéfinie... le traitement mercuriel n'a aucune influence sur son développement ni sur sa marche, ni sur sa guérison.

Nous avons donné, à peu près complète, la descrip-

tion de Hardy, tout d'abord parce qu'elle constitue la genèse des descriptions ultérieures, et ensuite parce que, à plus de cinquante ans d'intervalle, elle est presque comparable au point de vue clinique et partiellement au point de vue pathogénique, à la description qu'en donnera Finger en 1909.

Hardy considère la pigmentaire du cou comme un phénomène primitif constitué par une leucomélano-dermie, les parties claires étant achromiques ou hypochromiques, les parties sombres étant hyperchromiques.

Si nous opposons à cette description celle qu'en donne Fournier, les divergences apparaissent aussitôt.

Pour Fournier, la syphilide pigmentaire du cou se développe d'habitude du quatrième au douzième mois de la maladie et apparaît parfois très rapidement.

Elle est constituée par des taches pigmentaires incluses dans la peau, et dans une peau parfaitement saine, n'offrant ni rougeur, ni saillie, ni épaissement, ni desquamation ; comme unique lésion, on constate ceci : une peau hyperpigmentée par places et rien autre, ainsi que le fait remarquer Fournier, c'est le chloasma utérin transporté sur le cou et rien de plus.

Ces taches pigmentaires peuvent avoir des formes assez diverses, figurant des traînées, des marbrures, des bandes pigmentées qui ont le plus souvent une direction transversale ou oblique.

Elles sont d'ordinaire confluentes, se rencontrent, se touchent, s'enchevêtrent, constituant finalement un réseau véritable dont les mailles circonscrivent des ilots de peau saine, c'est là le type que Fournier appelle réticulaire.

Comme teinte, ces taches sont généralement grises, plus ou moins foncées, maculeuses, bistré ou cendré.

Cette coloration est d'ailleurs variable comme intensité, les taches pouvant être à peine perceptibles, et cela même à un examen attentif.

Parfois, au contraire, elles offrent une couleur gris foncé, « nigricante » ou bien encore on les voit d'un jaune sale, grisâtre. Comme le dit Fournier, « elles ont la couleur de la crasse, et c'est ce que disent les femmes qui en sont atteintes et qui, vainement, ont essayé de les faire disparaître par des lavages répétés ».

Cette pigmentation, comme nous l'avons dit, respecte, pour Fournier, des ilots de peau saine qui conservent leur état normal. Ces ilots, comme les mailles qui les encadrent, sont irréguliers, avalaires ou arrondis, comparables à une pièce de cinquante centimes.

Cette disposition aréolaire ou en résille de la mélanodermie syphilitique est très spéciale et confère à l'éruption une physionomie tout à fait distinctive pour Fournier qui ajoute, du reste, quelle est l'éruption syphilitique qui, l'ayant précédée, aurait pareille disposition ? Nous verrons plus loin que cette dispo-

sition si spéciale, semblerait-il tout d'abord, a été considérée et expliquée comme secondaire à un exanthème, par un certain nombre d'auteurs, notamment par Lesser, Finger, Gaucher, et cela, il est vrai, d'une façon assez différente. Pour ce qui est de la syphilide pigmentaire de Fournier, les téguments qu'il appelle sains, encadrés par la mélanodermie, ont de ce fait une apparence vitiligineuse, et ce sont les tons noirs qui font « valoir » les tonalités plus claires que l'on croirait volontiers achromiques. Fournier n'admet pas cette achromie ou cette hypochromie, sauf en des cas exceptionnels dont nous aurons l'occasion de reparler dans la suite.

Il s'agit en effet de ce qu'il a appelé la leucomélanodermie syphilitique d'une part, et d'autre part d'une lésion atrophique de la peau, la leuco-atrophie cutanée, qui répond aux vergétures rondes, aux vergétures post-syphilitiques de M. Balzer. Comme preuve que les îlots blancs de la mélanodermie cervicale sont uniquement formés de peau saine, Fournier propose une expérience simple: « Pratiquez au centre d'une carte de visite un trou circulaire de quelques millimètres de diamètre, puis appliquez cette carte sur le cou de la malade, de façon à ce que le trou corresponde à une prétendue plaque vitiligineuse. Tout aussitôt cette plaque vous apparaîtra avec une teinte identique à celle de la peau saine, c'est-à-dire avec une teinte normale, n'ayant plus rien de vitiligineux. Soulevez la feuille ou la carte, et immédiatement cette plaque reprendra, par opposition avec

les parties pigmentées qui ne seront plus couvertes, son apparence de vitiligo. Donc, il n'y a là qu'une apparence, résultat d'un contraste de couleurs. »

Mais une autre preuve de l'état d'intégrité des plaques blanches de la syphilide pigmentaire est donnée par leur étude histologique. Tanturri, qui a examiné la peau des malades affectés de dyschromie syphilitique, a trouvé dans les points d'apparence vitiligineuse autant de pigment qu'à l'état normal.

« Par conséquent, l'opinion qui introduit le vitiligo dans la syphilide pigmentaire ou même assimile cette syphilide à un vitiligo est uniquement basée sur une illusion d'optique. »

Nous reviendrons sur ces deux expériences, disons toutefois que les études histologiques de Tanturri n'ont pas été confirmées par la majorité des histologistes, notamment par les histologistes allemands. Nous en reparlerons en examinant les différents travaux anatomo-pathologiques touchant la question.

Pour ce qui est de la localisation de la syphilide pigmentaire, le cou est sa région d'élection. D'ordinaire elle est là, symétrique et circulaire, mais elle peut être plus accentuée d'un côté que de l'autre, et c'est d'ordinaire dans les régions latérales du cou qu'elle prédomine.

Elle peut n'être que partielle, limitée aux faces latérales ; plus rarement encore elle descend et se propage sur les parties supérieures du thorax ou bien même sur les flancs, l'abdomen, la région dorso-

lominaire, voire la région supéro-interne des cuisses. D'une façon plus rare encore, la syphilide pigmentaire peut se présenter sous l'aspect d'une nappe maculeuse qui s'étale uniformément sur le cou, sans offrir la configuration classique en réseau ou en dentelle qui lui est si familière. On voit alors sur le cou, pigmenté dans toute sa hauteur et sur toute sa circonférence, quelques petits ronds ou lunules de 3 à 5 millimètres de diamètre constitués par la peau saine.

Cette syphilide pigmentaire en lunules, primitive, elle aussi, et dont les auteurs allemands et français ont donné dans la suite une pathogénie différente, constitue, pour Fournier, une des formes de la syphilide pigmentaire du cou.

A côté de ces deux formes normales, on peut rencontrer toujours dans les dyschromies primitives des mélanodermies atypiques, caractérisées par « un vaste placard presque noir constituant une nappe continue uniforme, et très différente de la forme mélanodermique usuelle par l'absence de toute configuration aréolaire voire de toute lunule ».

Enfin, dans certains cas très rares, on peut trouver « au siège et au pourtour de syphilides une série de troubles curieux de la pigmentation. Ces troubles consistent à la fois et simultanément en une hyperchromie et une hypochromie qui se produisent non pas seulement sur l'aire même des syphilides et à leur suite, mais en dehors et dans une étendue souvent considérable... en sorte que, côte à côte, on observe des

portions de peau décolorées... et d'autres hyperchromies »...

Il s'agit ici d'une autre forme atypique de syphilide pigmentaire que Fournier a appelé la leucomélanodermie.

Cette syphilide tire ses caractères particuliers de ce qu'elle se produit primitivement au voisinage de lésions syphilitiques antérieures.

Nous en reparlerons plus loin longuement en examinant, d'une part, ses rapports avec une autre affection qui en a été rapprochée, la lèpre kabyle des auteurs algériens, d'autre part, en examinant ses relations avec le vitiligo.

A côté de ces pigmentations, toutes primitives, qu'elles se rencontrent de façon courante comme la syphilide pigmentaire en réseau et en lunules, ou d'une façon exceptionnelle comme la leucomélanodermie, Fournier admet l'existence de lésions pigmentaires secondaires qui constituent ce qu'il a appelé la leuco-atrophie cutanée.

Celle-ci est caractérisée par « un semis de taches blanches et atrophiques consécutives à des syphilides secondaires qui, d'essence, ne semblent les motiver en rien ».

Ces tâches, ces macules atrophiques et secondaires se voient surtout sur le tronc où elles ont une apparence laiteuse blanc d'albâtre, plus blanches que le vitiligo. Elles se détachent nettement, arrondies ou ovalaires, des dimensions d'une lentille à celles d'une amande. Les téguments, à leur niveau, présentent

« un certain plissement », mais cela sans la moindre apparence cicatricielle, et, si on les touche du doigt, on les sent déprimées en cupule.

Ces macules leuco-atrophiques ont pris la place d'une simple syphilide papuleuse. « Le malade s'est aperçu que son corps s'est tigré de blanc là où il était tigré de noir », ce qui constitue un fait assez anormal pour Fournier, car les syphilides papuleuses sont d'ordinaire intégralement résolutive.

Telles sont, pour Fournier, les diverses dyschromies que l'on peut voir dans la syphilis : elles diffèrent non seulement par leurs caractères objectifs, mais encore par leur évolution.

Les unes, nettement primitives : ce sont la pigmentaire vraie du cou, en réseau ou en lunules, et la leuco-mélanodermie. D'autres sont secondaires et sont constituées par les leuco-atrophies cutanées.

LA SYPHILIS PIGMENTAIRE

EST-ELLE PRIMITIVE OU SECONDAIRE

La syphilide pigmentaire du cou a longtemps été considérée en France comme exclusivement primitive.

Hardy en 1853 n'envisage même pas la possibilité qu'elle soit précédée d'un exanthème « je considère ces taches comme de véritables éphélides produites par la matière pigmentaire irrégulièrement déposée dans les régions où l'affection cutanée existe, cette matière étant trop abondante dans les taches grises et présentant une diminution dans les taches blanches ».

Mais Fournier lorsqu'il donna une étude restée classique de la syphilide pigmentaire, insiste longuement sur son caractère primitif et exclusivement primitif, elle naît en peau saine, n'offrant ni rougeur, ni saillie, ni épaissement, ni desquamation » comme unique lésion ; on note une hyperpigmentation par places et rien autre, c'est une mélanodermie et rien de plus.

Nous avons donné dans le précédent chapitre une

longue étude clinique de la syphilide pigmentaire, d'après Fournier et nous avons vu les différents caractères cliniques qu'elle peut présenter, ces caractères, c'est-à-dire sa disposition en dentelles, sa localisation sur le cou, dans l'immense majorité des cas, en font une manifestation syphilitique spéciale qui naît telle qu'elle doit persister plus tard.

Fournier la différencie nettement d'autres manifestations leucodermiques qui sont, elles, secondaires et qui ne se rapprochent par aucun point de la pigmentation primitive. Plusieurs raisons condamnent, pour cet auteur, la théorie de la syphilide pigmentaire secondaire « et tout d'abord qui à jamais vu sur le cou des syphilides en réseau en dentelles ?

» Les malades n'ont jamais vu se développer antérieurement aux taches des éléments secondaires.

» Souvent les médecins ont assisté à l'éclosion et à la constitution de cette syphilide pigmentaire qu'ils ont vu naître pigmentaire *ab ovo* pourrait-on dire et sans mélange ».

En effet, la théorie de la syphilide primitive commençait à être attaquée et Neisser en 1883, la fait succéder sur place à des syphilides papuleuses et maculeuses, la considérant comme une lésion de transformation : « au moment où la tache de roséole ou la papule est remplacée par une macule brune, il se développe autour une aire blanche qui gagnant à la fois vers le centre et la périphérie, fait disparaître la macule et s'étend d'une façon centrifuge ».

Pour Lesser non seulement la syphilide pigmen-

taire est secondaire, mais elle n'est pas une simple mélanodermie, il ya dyschromie double, il y a leucomélanodermie.

Au niveau des taches claires et au uiveau de la mélanodermie on ne trouve pour lui ni desquamation ni infiltration, ni phénomènes subjectifs quelconque, la lésion se rencontre dans les régions normalement hyperpigmentées chez l'homme, tandis que chez la femme où elle se rencontre plus fréquemment, elle n'existe qu'au cou. Enfin, caractère essentiel, elle répond rigoureusement à des taches de roséole qui ont disparu « cette dernière circonstance, écrit Lesser, permet de conclure que la leucodermie reconnaît pour cause la résorption de la roséole entraînant une diminution de pigment aux endroits où siégeait la macule érythémateuse, en même temps que le pigment augmente à la péuiphérie de la tache, absolument comme on l'abserve pendant la résorption du psoriasis après un traitement à la chrysarobine ».

L'on peut, d'après Lesser, suivre très exactement comment après un certain temps, la partie périphérique de la papule se résorbe laissant un anneau blanc qui dépasse les limites de l'élément éruptif et circonscrit le centre de la papule qui n'est pas encore résorbé. La leucodermie, ou plutôt la leucomélanodermie, quand elle a acquis son plein développement, conserve cet aspect pendant longtemps, plusieurs mois et même davantage ; puis son aspect commence à se modifier.

Et alors que Fournier décrit une syphilide pigmen-

taire primitive, naissant avec tous ses caractères et les conservant sans subir de modifications, Lesser, de même qu'il décrit une lésion secondaire dont on peut suivre le développement, estime que cette lésion n'a rien d'immuable, qu'elle se modifie comme une autre lésion pigmentaire et meurt de même.

Arrivée à l'aspect que nous avons décrit, la leucomélanodermie commence à se modifier, les taches claires s'agrandissent et cet élargissement amène, quand elles sont nombreuses, la disparition des lignes brunes qui les séparaient, mais ces foyers confluents de leucodermie trahissent encore leur origine par leurs bords polycycliques convexes en dehors.

Arrivée à ce stade, il semble que la leucomélanodermie réponde bien à la disposition du réseau de Fournier, mais si les plaques leucodermiques sont très abondantes, il ne persiste plus, après leur réunion, que des îlots pigmentaires de forme irrégulière, disséminés çà et là, ce qui répond à la variété en lunules de l'auteur français.

Grâce à cette augmentation dans les dimensions des taches claires, les contours d'abord bien marqués se fondent et par suite le contraste que présentent les taches achromiques avec les zones hyperchromiques diminue : c'est l'état transitoire qui précède la disparition totale du phénomène ; puis peu à peu les taches achromiques s'assombrissent petit à petit et la différence de couleur entre les différentes zones devient de moins en moins sensible, et finalement la leucodermie disparaît ; mais cette disparition est très lente.

Pour qu'elle soit complète, il faut six mois, un an et parfois on l'a retrouvée, d'après Lesser, quatre ans après l'infection primitive.

On voit combien cette théorie allemande, avec Neisser et Lesser, diffère de la théorie défendue par Hardy et surtout par Fournier. Avec elle, la mélanodermie primitive devient une leucomélanodermie secondaire, ne différant des autres pigmentations de la syphilis que par une question de degré, une lésion plus importante, plus infiltrée, laissant évidemment à sa place des modifications plus importantes des téguments.

A côté de cette dernière conception, on peut ranger celle du professeur Gaucher, pour qui la syphilide pigmentaire du cou est un phénomène secondaire comme pour les auteurs allemands.

Mais pour lui le phénomène est plus complexe. Alors que pour Lesser une macule ou une papule laissent indifféremment une lésion leucomélanodermique, le professeur Gaucher décrit deux formes de syphilides pigmentaires :

Dans certains cas les troubles pigmentaires sont consécutifs à l'apparition et à l'évolution de papules spécifiques sur la région cervicale : ils sont alors constitués par un mélange d'hyperpigmentation et d'hypopigmentation ; c'est à ces faits que le professeur Gaucher réserve le nom de leucomélanodermie post et péripapuleuse.

Dans d'autres cas la lésion syphilitique qui donne naissance aux troubles pigmentaires est une macule

érythémateuse, c'est-à-dire que cette lésion est une roséole dont certains éléments se sont développés sur le cou. Dans ces derniers cas, et c'est ici que le professeur Gaucher se sépare nettement des auteurs allemands, les troubles pigmentaires se bornent à de l'hyperpigmentation, l'on a alors la syphilide pigmentaire de Fournier et la seule différence est qu'elle n'est plus ici primitive. « Cette lésion, cette syphilide pigmentaire est maculeuse si la roséole était maculeuse, aréolaire quand elle fait suite à une roséole annulaire, circonscrite » ce serait cette dernière forme qui correspondrait pour le professeur Gaucher à la lésion réticulaire de Hardy et Fournier.

Pour ce qui est de la leucomélanodermie post et péri papuleuse, elle se présente comme étant constituée d'une part par des taches blanches et décolorées représentant de véritables cicatrices et apparues sur l'emplacement même des papules initiales, d'autre part par une zone brunâtre hyperpigmentée entourant les tâches leucodermiques, elle répond à leucomélanodermie de Lesser, mais le professeur Gaucher explique le double processus pigmentaire d'une manière sensiblement différente de celle de l'auteur allemand.

Nous reproduisons sans y rien changer l'excellente description qu'il a donnée du phénomène : « La leucodermie post et péri-papuleuse se développe par les phases suivantes : autour de la papule et pendant qu'elle est encore en activité apparaît un liséré, un halo blanchâtre dont la décoloration devient

rapidement appréciable, cette zone blanchâtre périphérique reste isolée pendant quelques temps, puis elle se fusionne avec une zone leucodermique identique apparue comme il suit sur l'emplacement de la papule : la papule en voie d'effacement s'affaisse en présentant d'abord une teinte pigmentée ; le processus de guérison complète est marqué par la disparition de cette dernière, remplacée par une macule blanchâtre qui débute au centre de la papule pour s'étendre à toute sa surface et s'unir au liséré leucodermique périphérique.

Pendant que se développent ces phénomènes d'hypopigmentation, il s'en produit d'autres en sens inverse autour de cette tache leucodermique.

C'est-à-dire qu'à ce niveau, les téguments prennent au contraire une coloration plus foncée aboutissant à une véritable mélanodermie, la lésion pigmentaire définitivement constituée est donc représentée par une pigmentation périphérique circonscrivant une zone centrale leucodermique.

« Les phases évolutives de ces phénomènes pigmentaires et le résultat auquel elles aboutissent justifient donc la dénomination de leumélanodermie post et péri-papuleuses. »

Quant à la syphilide pigmentaire vraie du cou, primitive pour Hardy et Fournier, secondaire pour Neisser et Lesser, elle est pour le professeur Gaucher, comme pour ces derniers, une lésion secondaire à une roséole du cou. Mais ici encore la conception du travail évolutif qui se fait au niveau de la macule de

roséole est absolument différent pour les auteurs allemands et pour le professeur Gaucher, alors que pour les premiers, le phénomène intéressant est la leucodermie qui succède à la macule de roséole. Pour l'auteur français, il n'y a plus ici qu'un seul phénomène pigmentaire, la mélanodermie : celle-ci est constituée par des anneaux brun clair qui, se réunissant les uns aux autres, forment des bandes pigmentées entrecroisées sous des angles divers et limitant des îlots de peau saine.

La syphilide pigmentaire peut encore être constituée dans des cas plus rares, il est vrai, par de simples taches pigmentées maculeuses.

Cette lésion est donc bien différente de la leucomélanodermie post et péri-papuleuse où la dyschromie est double, ici, il n'y a qu'un phénomène pigmentaire. L'hyperpigmentation et la peau, circonscrite par les mailles hyperpigmentées, est saine comme pour Fournier. Par suite, la simple expérience qu'indiquait cet auteur pour se rendre compte de cet état d'intégrité de la peau, l'expérience du carton troué, alternativement appliqué sur cette peau pseudo-achromique et sur la peau saine en dehors de la pigmentation, est exact pour Gaucher comme elle l'était pour Fournier.

Mais, une autre question se pose ici : comment la roséole, qui est constituée par des macules, peut-elle donner cette disposition en réseau ? l'explication du professeur Gaucher est extrêmement ingénieuse : ce n'est pas à la roséole maculeuse que succède la

syphilide pigmentaire en réseau, en effet, celle-ci donne une syphilide en macules, en lunules. Dans la forme en réseau, au contraire, la lésion initiale est une roséole circonécée dont cette dyschromie est le reliquat direct ; or, cette pigmentation en dentelle apparaît en moyenne entre le quatrième et le sixième mois : ceci, parce que la roséole circonécée ne fait pas partie de la première poussée des accidents secondaires ; elle entre dans le cadre des roséoles de retour qui ne se montrent que plusieurs mois après le début de la syphilis.

L'on ne peut raisonnablement assimiler cette conception de la syphilide pigmentaire à celle des auteurs allemands ; un seul point est commun, le caractère secondaire de la dyschromie ; ceci mis à part, tout diffère, et nous n'avons pas la prétention de trancher le débat. Remarquons seulement qu'aucun des partisans de la théorie secondaire de la syphilis pigmentaire n'explique mieux et plus clairement sa formation.

L'on peut ranger à côté de la théorie de Lesser le travail de Hulleu, élève de Thibierge.

Après avoir analysé avec soin un grand nombre de syphilides pigmentaires, après les avoir suivies, nous dit-il, depuis la roséole, qui leur donne, d'après lui, toujours naissance, jusqu'à leur constitution définitive, il arrive aux conclusions suivantes :

1° La roséole est bien plus fréquente que ne l'indiquent en général les auteurs, mais parfois elle est si fugace, qu'elle peut rester inaperçue, et c'est

pour cette raison que les malades n'indiquent jamais qu'une éruption a précédé les « taches noires qu'ils ont sur le cou » ;

2° Bien souvent, sinon toujours, la syphilide pigmentaire se produit en des régions auparavant atteintes de syphilides secondaires rouges ou roséole ;

3° La partie importante de la lésion, celle qui lui imprime ses variations de forme, est la tache blanche achromique ou hypochromique ; l'expérience du carton troué, indiquée par Fournier, n'est pas très rigoureusement scientifique ;

4° Ces taches achromiques sont les reliquats de lésions secondaires organisées (roséoles, papules, etc., etc.), reliquats conservant la forme, les dimensions de leurs lésions génératrices.

En conséquence, si l'on pouvait suivre depuis sa naissance une syphilide pigmentaire, on arriverait toujours à trouver à son origine quelque lésion secondaire avec hypervascularisation qui disparaît ensuite et laisse à sa place une zone blanche cicatricielle ou atrophique ou simplement dépigmentée.

Quant au réseau brun qui entoure ces zones, il ne se produit d'ordinaire qu'en des régions prédisposées aux pigmentations de toute nature (qu'elles soient syphilitiques, cachectiques, phthyriasiques ou tuberculeuses), c'est-à-dire au cou, aux aisselles.

Il semble que l'opinion de Hulleu soit un peu trop absolue, et d'autre part, nous avons examiné avec grand soin les observations de malades chez lesquels

il a suivi l'évolution de la pigmentaire du cou ; nous y avons trouvé décrite un certain nombre de fois l'évolution, la naissance de la forme en lunules, mais jamais la forme en réseau, en résille, dont Fournier disait : « Qui a jamais vu sur le cou des syphilides en réseau, en dentelles ». Nous avons eu l'explication très simple que le professeur Gaucher donne de cette syphilide en dentelles, et que Hulleu n'envisage même pas.

Cependant la théorie secondaire de la syphilide pigmentaire n'était pas admise par tous les auteurs, les idées de Fournier trouvaient encore, et avec raison nous semble-t-il, des défenseurs.

Taylor, en 1893, écrit que l'on doit réserver le nom de syphilide pigmentaire à une manifestation particulière, primitive de la syphilis, bien distincte des pigmentations consécutives à d'autres lésions spécifiques.

Pour lui les anomalies pigmentaires primitives qui dépendent de la syphilis consistent comme pour Fournier en une hyperchromie et celle-ci peut revêtir un certain nombre de formes.

Elle peut se présenter sous l'aspect de plaques ou de taches de dimensions variables.

Elle peut affecter la forme d'une pigmentation diffuse qui plus ou moins longtemps après son apparition devient le siège de modifications leucodermiques : sous forme de petites taches qui peu à peu augmentent d'étendue, c'est à ce type que se rattache pour l'auteur la pigmentaire en réseau de

Fournier, mais combien cette théorie est différente de celle de l'écrivain français malgré les apparences de similitude.

Fournier n'a jamais parlé de modification leucodermique, il n'a même jamais envisagé la possibilité d'un changement dans la syphilide pigmentaire « elle naît ce qu'elle doit rester plus tard » elle est une dyschromie simple et non une hyperchromie se transformant en une dyschromie double par addition d'une leucodermie en tâches.

D'ailleurs, dans la variété de syphilide en plaques. Taylor admet aussi des modifications secondaires : en effet si la peau est normale, qui se trouve située au milieu des tâches pigmentaires, parfois après décoloration des parties brunes, décoloration souvent très lente à se faire, il reste quelques plaques absolument décolorées ; alors se produit une leucodermie secondaire, et l'auteur américain ajoute qu'un observateur voyant le malade à cette époque pourrait croire que le processus morbide est de nature atrophique.

Enfin on pourrait trouver toujours d'après Taylor, une troisième forme de syphilide pigmentaire dans laquelle la distribution du pigment est anormale de façon qu'il semble se retirer de certaines zones pour se porter en d'autres ; en conséquence les unes deviennent plus blanches, les autres plus foncées et l'ensemble prend un aspect pommelé ; dans cette dernière variété il n'y aurait pas excès de pigment mais inégalité dans sa distribution.

La théorie de Taylor, comme nous l'avons dit, est une modification de celle de Fournier, avec en moins toute la clarté de l'auteur français, si elle admet dans la pigmentaire cervicale une dyschromie double de nature primitive, elle ne donne pas une explication nette du processus morbide et demeure par cela même insuffisante.

Parallèlement aux théories allemandes, et françaises, qui tentaient de battre en brèche la conception initiale de Fournier, d'autres plus éclectiques naissaient.

Il n'était pas impossible que la syphilide pigmentaire fût produite d'une façon directe, primitive et par le « virus syphilitique », et par une autre lésion l'ayant précédée *in situ*.

Telle est l'opinion de M. Balzer, pour qui l'on devrait distinguer deux cas dans les troubles pigmentaires qui se produisent au cours de la syphilis.

Et d'abord ceux-ci peuvent être liés aux phénomènes congestifs et inflammatoires, qui persistent plus ou moins longtemps au niveau même des éléments éruptifs suivant leur nature et leur siège ; les lésions ont alors un aspect ordinairement ecchymotique au début, pour devenir secondairement atrophique.

Quant à la syphilide pigmentaire vraie, son étiologie semble moins banale à M. Balzer.

Là, en effet, le phénomène éruptif peut être si léger, si fugace qu'il peut passer complètement inaperçu.

Il est même possible, dans les cas où la lésion pig-

mentaire est diffuse et très étendue, que le pigment soit « plus particulièrement produit par l'action même du virus syphilitique ». Ce dernier cas répondrait à la syphilide pigmentaire de Fournier, et la pigmentation présenterait alors une coloration jaunâtre, différente de celle qu'on observe dans la variété précédente.

Pour ce qui est des éléments atrophiques entourés de pigment, liés à l'apparition antérieure d'éléments éruptifs, M. Balzer explique leur formation de la façon suivante : à la place de ces éléments atrophiques, existaient tout d'abord des papules auxquelles ont fait suite des macules plus ou moins pigmentées ; au centre de celles-ci se produit alors un affaissement consécutif à la résorption de l'infiltrat et à la rupture d'un certain nombre de fibres élastiques ; et ainsi se substitue peu à peu à la papule, puis à la macule post-papuleuse une macule atrophique.

C'est à cette lésion que M. Balzer a donné le nom d'atrophie circonscrite de la peau ; elle correspond, semble-t-il, à la leuco-atrophie de Fournier.

Mais, pour M. Balzer, cette atrophie est indépendante de la lésion qui l'a précédée : nous voulons dire qu'elle peut être consécutive à une simple macule de roséole et qu'on peut l'observer après celle-ci, alors qu'elle peut manquer après une lésion plus importante.

« On ne peut jamais savoir, écrit M. Balzer, en suivant l'évolution d'une macule, d'une papule, si

la vergéture ronde se produira ou non au moment de la résorption de l'infiltrat. Parfois on croit assister à la formation de la macule, l'élément initial se déprime à son centre et le doigt perçoit une cupule en voie de formation ; mais on ne peut, malgré cela, affirmer que la macule se formera, parce que la réparation du tissu élastique du derme peut suivre l'évolution de cet élément initial ; dans d'autres cas, au contraire, cette réparation n'a pas lieu et des macules se produisent alors que l'éruption avait paru insignifiante ou avait même passé inaperçue. » D'ailleurs, comme l'écrit M. Balzer, cette syphilide atrophiante présente les plus grandes affinités avec les leucodermies simples du cou et peut même coexister avec la syphilide pigmentaire vraie. C'est du reste pour cette raison que nous en avons parlé ici.

Pour la pigmentation proprement dite, l'explication évolutive est plus difficile.

Il semble assez rationnel, cependant, de lier son apparition à l'évolution d'éléments éruptifs antérieurs : le pigment disparaîtrait dans toute l'aire de ceux-ci au fur et à mesure qu'ils se développent puis s'atrophient.

Mais alors, par un même processus, le pigment devient plus abondant à la périphérie où il semble repoussé en quelque sorte par l'élément éruptif.

On pourrait, d'après le même auteur, expliquer ce phénomène par l'action des cellules nouvelles infiltrées au niveau de l'élément éruptif : elles absorbent le pigment et le font disparaître sur place

ou bien encore le font passer dans le torrent circulatoire ; il est alors facile de comprendre pourquoi la peau se trouve un peu décolorée au centre des éléments éruptifs ; à la périphérie, au contraire, où les éléments cellulaires n'interviennent pas, le pigment peut librement s'accumuler.

Cette façon de comprendre et d'expliquer le phénomène de la dépigmentation péri-vasculaire s'applique évidemment à un grand nombre de faits. Mais pourquoi cette hyperchromie autour des éléments est-elle inconstante ; pourquoi manque-t-elle souvent dans des cas où les choses se sont passées, du moins en apparence, de la même façon ?

C'est que les deux phénomènes, éruption et formation de pigment, peuvent se trouver disjoints. Il serait très possible que la pigmentation pût se former d'une façon indépendante ainsi que le pense Fournier.

Seulement, M. Balzer n'explique pas tout à fait les choses de la même façon : pour lui, au moment du raptus éruptif de la période secondaire, il se formerait des éléments maculeux très fugaces peu ou pas congestionnés, souvent passés inaperçus au niveau desquels la dépigmentation se produirait suivant un mécanisme que nous avons indiqué plus haut.

Au contraire, à la périphérie, le mouvement éruptif encore plus superficiel, plus fugace, plus diffus, réduit à son minimum, ne fournit plus d'éléments circonscrits et ne manifeste son passage que par un dépôt de pigment ; et si les choses semblent bien, en

effet, se passer ainsi pour la syphilide pigmentaire du cou, il paraît que le même processus est encore plus constant pour la pigmentation diffuse qui se forme loin de tout les éléments éruptifs définis, assez loin souvent pour qu'on puisse la considérer comme en étant indépendante.

Il est évident, d'après l'exposé que nous venons de faire des idées de M. Balzer, que ces théories ne sont pas inconciliables avec celles de M. Fournier, de même qu'avec les théories allemandes.

En effet, la pigmentation peut être périphérique à des éléments atrophiques eux-mêmes secondaires, ou, au contraire, elle peut exister seule, primitive ou secondaire, ou même manquer après des éléments éruptifs plus ou moins importants.

Dans son *Traité des maladies vénériennes*, Finger appelle leucopathie la pigmentaire du cou et la définit « un transport régulier et lent du pigment d'un point de la peau vers un autre ».

Mais ce phénomène est le plus souvent primitif, et sur la peau saine dont la couleur a été normale jusque-là, se montrent de petites taches blanches, non pigmentées, à peine de la grosseur d'une tête d'épingle.

« C'est au moment du premier exanthème, c'est-à-dire vers le quatrième mois de l'infection que se montrent ces taches ; elles augmentent vers la périphérie et lorsqu'elles ont atteints la taille d'une lentille, elles sont entourées d'un anneau extrê-

mement pigmenté et qui se fond peu à peu avec la peau normale ».

Voici pour Finger comment se forment ces taches : « dans ces régions la peau est privée du pigment qui est déposé dans les points les plus rapprochés ; ces régions achromiques n'augmentent que très lentement, mais régulièrement et plus elles sont grandes, plus leurs contours, où s'accumule tout le pigment sont fortement colorés.

Lorsque les taches sont grandes, elles sont séparées par de longues bandes minces très fortement pigmentées ; quand les taches deviennent confluentes, ces bandes forment des îlots à contours concaves et « on est tout disposé, à prendre les portions de peau pâle pour de la peau normale et à considérer les parties pigmentées comme seules malades ».

Comme ces taches sont nombreuses et qu'elles se développent de tous côtés, certaines, plus anciennes, ayant pris, par confluence l'aspect géographique, alternent avec des taches récentes et par suite nettement arrondies ; la pigmentation qui entoure les taches anciennes est plus foncée ; celle qui entoure les éléments plus jeunes est plus claire, il résulte de ceci qu'on a alors une image multicolore, depuis la tache blanche sans pigment en passant par la peau normale jusqu'aux régions où le pigment augmente et qui sont tout à fait brunes.

Ainsi suivant Finger, la leucodermie est le phénomène initial, et cette leucodermie est primitive ; elle naît telle qu'elle en peau saine et la pigmentation qui

lui est périphérique n'est qu'un phénomène deutéropathique.

Nous voilà évidemment revenus à la théorie de Fournier avec cette différence, majeure évidemment, que pour celui-ci la mélanodermie est primitive et que, pour lui, la leucodermie est une illusion !

Mais Finger admet que dans certains cas, la syphilide maculeuse ou papuleuse en voie de résolution peut être le point de départ de ce changement de pigmentation.

Dans ce cas et surtout après une syphilide papuleuse, on voit se former autour de chaque élément éruptif un anneau dépourvu de pigment. Cet anneau étroit au début devient de plus en plus large, pousse le pigment devant lui et donne ainsi à la peau qui le limite extérieurement une coloration foncée.

Dans des cas plus rares une nouvelle roséole orbiculaire, en forme d'anneau, peut se former autour des quelques îlots de leucodermie ; plus rarement encore une roséole orbiculaire récidivante laisse après elle une pigmentation orbiculaire, et ici l'auteur se rapproche de l'opinion du professeur Gaucher, mais pour lui c'est la leucodermie qui succède à la roséole et non la mélanodermie.

Il semble que les travaux de Finger, s'ils n'ont pas éclairé de données très nouvelles cette question évidemment complexe de la pigmentaire du cou, admettent du moins et sa formation primitive et sa formation secondaire.

On peut les rapprocher des travaux de M. Balzer,

en ce sens qu'ils envisagent nettement deux processus dans la formation de cette dyschromie simple ou double.

Remarquons que cette théorie éclectique a séduit, en France du moins, de nombreux auteurs, et Hallopeau, dans une discussion de la Société de dermatologie en juillet 1891, admettait que « peut-être la syphilis pigmentaire était dans certains cas le reliquat d'une roséole fruste ».

De même, Vidal considérait des pigmentaires primitives et secondaires comme le faisait du reste Besnier,

Dans son *Étude des mélanodermies de la pratique dermatologique*, Darier écrit : « De toutes ces observations cliniques et anatomo-pathologiques, il découle vraisemblablement qu'il existe deux formes de syphilide pigmentaire : l'une primitive et directe pour ainsi dire, l'autre secondaire à des manifestations éruptives souvent peu apparentes. »

Hjelman, après avoir étudié histologiquement la question, estime que l'anatomie pathologique ne permet pas d'établir l'origine de la leucodermie syphilitique, et que celle-ci peut être primitive ou secondaire, et Vornier, tout en considérant cette dyschromie comme une leucomélanodermie, admet de même tantôt un processus primitif, tantôt une pigmentation secondaire à des efflorescences localisées et guéries.

Brocq, dans son *Traité de Dermatologie*, arrive aux conclusions suivantes : « Les taches blanches de la

syphilis pigmentaire, qui semblent être les parties de peau saine, sont-elles réellement de la peau saine ? sont-elles, au contraire, des dépigmentations consécutives à des éléments antérieurs de roséole ou de papules spécifiques ? la pigmentation elle-même est-elle primitive ou consécutive à des éruptions antérieures ? Nous nous contenterons d'affirmer : que nous avons vu de la manière la plus formelle la syphilis pigmentaire se développer primitivement, d'emblée, sans éruption antérieure apparente... nous l'avons vue, d'autre part, se développer avec rapidité autour de taches roséoliques du cou. »

HISTOLOGIE

La peau, au niveau des taches claires, est-elle normale ou modifiée ?

Depuis l'expérience du carton troué, appliqué alternativement sur les taches pseudoleucodermiques et sur la peau saine, expérience qui conduisit Fournier à considérer la pigmentaire du col comme une mélanodermie, de nombreuses études anatomo-pathologiques ont été faites sur la question.

En 1865, Tanturri trouve la peau normale au niveau des espaces clairs.

Saintin, étudiant de même histologiquement des fragments de peau leucodermique, trouve à leur niveau une quantité de pigments plus grande qu'au niveau de la peau saine. Cependant, Richl, en 1884, voit qu'au niveau des taches blanches ce pigment n'existe plus dans la couche génératrice et les autres couches épidermiques.

De Maïef, en 1889, sur quatre examens de peau leucodermique, arrive aux conclusions suivantes :

Zones pigmentées. — L'épiderme est plus épais, les cellules et leurs intervalles sont bourrés de

pigments; les vaisseaux sont entourés de nombreuses cellules pigmentées.

Zones claires. — L'épiderme est amincie, réduit à une ou deux rangées de cellules dont les noyaux sont mal colorés, le pigment étant d'autant plus rare qu'on se rapproche du centre de la tache où il est tout à fait absent, les vaisseaux sont très réduits et à peine visibles.

Unna, en 1894, donne les résultats suivants de l'étude d'une malade où celle-ci présentait à la fois une syphilide pigmentaire et des macules de roséole :

a) Dans les parties pigmentées, il a trouvé une surabondance de pigments siégeant non pas dans les cellules, mais dans les espaces intercellulaires et lymphatiques, des altérations vasculaires consistant en bourgeonnement de l'endothélium et une infiltration des zones péri-vasculaires au niveau des réseaux papillaires et sous-papillaires ;

b) Dans les îlots clairs, il a vu aussi du pigment, mais en moindre quantité dans l'espace compris entre le réseau vasculaire superficiel et la limite de l'épiderme ; le derme situé au-dessous de ce réseau, de même que l'épiderme, en sont tout à fait dépourvus ;

c) Au niveau des macules de roséole, il a trouvé une altération semblable à celle des parties pigmentées, mais le pigment était moins abondant autour des taches roséoliques et à leur niveau que dans les parties colorées.

En 1895, Ehrman pense que le pigment est formé aux dépens des globules sanguins, par des cellules ramifiées qu'il appelle mélanoblastes.

L'examen des papules en voie de transformation leucodermique, lui a montré la formation de cellules géantes, indiquant la mort des cellules et aussi des mélanoblastes.

L'examen des taches blanches consécutives à la roséole lui a permis de constater des mélanoblastes alors que l'épiderme était totalement dépourvu de pigment ; il semble donc n'y avoir eu, dans ce cas, qu'un trouble fonctionnel de ces cellules.

Frattali, en 1896, constate, sur des coupes de syphilitide pigmentaire, les faits suivants :

1° Au niveau des parties blanches, l'épiderme contient quelques granulations pigmentaires, plus abondantes dans les cellules du corps muqueux de Malpighi ; dans le derme, il y a des zones d'infiltration leucocytaire que l'on retrouve autour des anses vasculaires des papilles ;

2° Au niveau des parties pigmentées, mêmes lésions ; mais l'infiltration cellulaire et pigmentaire est plus intense.

Hjelman, en 1897, publie les résultats de 10 examens de peau leucodermique.

Tout d'abord, il considère deux cas différents :

1° La leucodermie syphilitique peut se développer en connexion avec un exanthème syphilitique. Avec ces leucodermies post-maculeuses, l'épiderme est plus ou moins aminci, les vaisseaux de la peau sont

en partie oblitérés et atrophies ; des infiltrations de cellules se trouvent dans les papilles et dans le stratum sous-papillaire.

La proportion de pigment est bien moins accusée dans le derme que dans le réseau de Malpighi. Ce pigment pouvant même manquer dans la peau ;

2° Indépendamment des décolorations de la peau consécutives à des exanthèmes syphilitiques, il peut se développer une hyperpigmentation primaire diffuse de la peau.

Dans cette syphilide pigmentaire, il y a dans le derme en proportion relativement considérable du pigment de nouvelle formation et une infiltration de cellules le long des vaisseaux dans les papilles et le stratum sous-papillaire.

Bockhardt constate sur un fragment de peau des coagulations fibrineuses siégeant dans les artérioles et les veinules du réseau sous-papillaire. Ces thrombus étaient entourés d'une quantité relativement considérable de pigment brun ou rougeâtre. Les vaisseaux étaient presque tous entourés de cristaux d'hématoïdine communiquant aux tissus une coloration jaune intense. Il conclut que le pigment provient de l'endothélium vasculaire et des globules rouges désagrégés.

Comme on le voit, la plupart des auteurs considèrent la peau comme étant achromique au niveau des taches claires ou tout au moins hypochromique ; le corps de Malpighi est aminci et les vaisseaux ont leurs parois sclérosées.

Quant aux zones hyperchromiques, un seul caractère est constant à leur niveau : l'abondance du pigment dans le derme et l'épiderme, relativement aux autres parties du tégument.

ÉVOLUTION ET DURÉE

Si les théories touchant la syphilide pigmentaire, au point de vue de son origine et de son histologie, furent nombreuses et variées, les auteurs ne furent pas non plus toujours d'accord touchant son évolution et sa durée.

Hardy, en 1853, range la syphilide pigmentaire dans ce qu'il appelle les syphilides intermédiaires, désignant par là les accidents qui apparaissent. Quatre à six mois après le chancre « en même temps que les phénomènes de transition de la seconde période, c'est-à-dire en même temps que l'iritis syphilitique et le testicule syphilitique ».

Pour Fournier, elle se développe le plus souvent du quatrième au douzième mois de la maladie pouvant apparaître très rapidement comme dans un cas de Barthélemy dans lequel elle se développa en quelques jours.

Pillon fixe son apparition dans la série des accidents syphilitiques au déclin de la roséole au plus tard.

L'opinion de Fiweisky est que, dans 40 o/o des cas elle débute au troisième mois de l'infection, dans

20 o/o du quatrième au cinquième mois, dans 10 o/o après le sixième mois.

Leloir de Lille estime qu'elle apparaît parfois en même temps que la roséole, mais le plus souvent entre le deuxième et le sixième mois.

Pour Barthélemy et Durhing son début se fait du sixième au trentième mois.

Neisser, Lesser, et la plupart des auteurs allemands qui en font un reliquat de la roséole, la font nécessairement apparaître en même temps que celle-ci.

Mais le professeur Gaucher admet qu'elle peut être secondaire, non seulement à une roséole maculeuse, mais encore à une roséole circonscrite; or, celle-ci est une roséole de retour se produisant entre le quatrième et le sixième mois; il s'ensuit que la date d'apparition de la syphilide pigmentaire varie avec les accidents qui lui ont donné naissance.

Pour ce qui est de sa durée, Fournier déclare qu'une fois établie elle reste ce qu'elle est sans addition de symptômes nouveaux, sans tendance non plus à s'accroître et à s'étaler ou à envahir des territoires nouveaux; c'est pour lui une lésion durable, et elle persiste si longtemps même, que l'on n'en peut fixer la durée et cela pour cette raison que les malades quittent l'hôpital avant d'en être débarrassés; et Fournier n'hésite pas à dire que cette hyperchromie peut durer pendant un an, deux ou trois ans même.

Il n'y aurait donc pas, pour lui, une évolution quelconque à suivre dans cette lésion.

Tel n'est pas l'avis de Lesser, pour qui l'on peut suivre, ainsi que nous l'avons fait plus haut, l'évolution de la macule ou de la papule jusqu'à la syphilide pigmentaire qui naît, se développe et meurt, cela très lentement, du reste, puisqu'il faudrait, pour arriver à son terme, compter de six mois à quatre ans.

Finger admet bien comme Fournier une origine primitive à la syphilis pigmentaire, cela dans certains cas du moins, mais il estime que l'on peut suivre sa répression comme son développement que celui-ci soit primitif ou secondaire.

Cette question de la durée de la syphilide pigmentaire du cou n'a pas seulement un intérêt théorique ; la notion de son existence incite souvent à la recherche en l'absence de tout autre symptôme de syphilis.

Pour ce qui est de sa fréquence, celle-ci est grande, Tanturri l'a observée dix-huit fois sur 72 cas, Neisser, quarante-cinq fois sur 200, Saintin, huit fois sur 22.

Mais tous ces cas concernaient des femmes, et il n'est pas juste de dire, comme on l'a fait longtemps, que la syphilis pigmentaire ne se rencontre pas chez l'homme.

En effet, de Maïeff, à l'hôpital militaire de Saint-Petersbourg, l'a rencontrée dix-huit fois sur 44 hommes.

Pillon en un an, l'observe trente fois, dont quatre fois chez l'homme.

Lesser enfin tout en admettant sa fréquence chez

la femme, estime qu'en un sexe comme dans l'autre elle se produit surtout chez les sujets à peau fine et blanche.

Ici se pose une autre question qui, elle aussi, présente son intérêt : existe-t-il des causes adjuvantes qui puissent hâter le développement de la syphilis pigmentaire ? et d'abord pourquoi cette dyschromie est-elle, dans la majorité des cas, de siège cervical ? Le professeur Gaucher pose la question sans la résoudre. Peut-être comme le veut Finger, existe-t-il un rapport entre l'irritation de la peau et le développement des exanthèmes en général.

Saintin incrimine l'irritation causée par le soleil et par l'air, et cela expliquerait la plus grande fréquence de la pigmentaire cervicale chez les femmes dont le cou est souvent nu.

Neisser note la fréquence de l'hyperchromie chez les forgerons, les boulangers exposés à la chaleur d'un foyer.

Pour Barcat, l'hyperpigmentation élective du cou dans la syphilis serait liée en partie à l'irritation causée par le frottement perpétuel des vêtements sur la peau de cette région, et, d'ailleurs, les autres localisations de syphilis sont précisément les régions soumises constamment à cette irritation comme les aisselles, la taille chez les femmes, la face interne des cuisses chez les femmes grasses.

Ajoutons, du reste, que la syphilide pigmentaire n'est pas de localisation aussi exclusivement cervicale que le voulait le professeur Fournier ; elle peut

exister avec tous ces caractères en d'autres régions et les observations sont nombreuses qui la décrivent en des sièges assez différents. Ehrmann, en 1900, décrit une pigmentation de nature syphilitique chez un déchargeur de bateaux, il existait dans ce cas des taches claires confluentes, de la dimension d'une lentille, au milieu d'une pigmentation générale très foncée sur le tronc, sur le cou et la nuque, sur les parois antérieures et postérieures des aisselles et à la taille. L'hyperpigmentation de ces régions pouvait, il est vrai, s'expliquer en partie par l'action prolongée des rayons cubériques, par l'air ou par le frottement des vêtements. Mais n'en est-il pas de même pour la pigmentaire du cou ? En 1891, Hébra présente à la Société viennoise de Dermatologie un cas de leucodermie syphilitique où la lésion s'étendait depuis les oreilles jusqu'au-dessous des omoplates, sur la nuque, les épaules, le thorax et le dos, et Neumann, la même année, montrait un cas à peu près analogue.

En France, Hudelo avait publié, en 1892, le cas d'une femme syphilitique présentant une pigmentaire cervicale qui avait envahi la racine des membres supérieurs, la face antérieure du thorax et de l'abdomen, formant une dentelle élégante sur le cou et la poitrine et se propageant même sur les cuisses.

Danlos, en 1904, décrit une dyschromie pareille chez un homme ; elle s'étend aux parties latérales du tronc, aux flancs et à la portion sous-ombilicale du ventre où le réseau leucodermique est aussi

développé que sur le cou et se propage, atténué il est vrai, sur la face antérieure des cuisses.

En 1893, Haslund avait publié une observation intéressante sur 1 cas un peu différent : une leucodermie, développée sur le cuir chevelu, liée à une alopecie spécifique : Haslund désigne cette lésion sous le nom d'alopecia leucodermaticæ. « Je n'avais jamais vu le leucoderma dans le cuir chevelu, écrit-il, et ce n'est qu'en découvrant, chez un petit garçon souffrant de syphilis transmise, une alopecie du cuir chevelu (paraissant en taches de la grosseur d'un pois, les uns près des autres) que j'ai observé que cette chute, par macules des cheveux, était liée à une absence ou à une diminution de pigment dans les macules en question. Cet enfant avait, en outre, un leucoderma fortement prononcé sur le cou et la nuque. »

Le même auteur ajoute qu'il a souvent retrouvé cette lésion, et cela ou bien sur tout le cuir chevelu, ou bien sur la majeure partie de la région occipitale et de la nuque : les taches leucodermiques n'étaient jamais tout à fait dépourvues de cheveux, mais ceux-ci étaient plus rares en ces régions que sur les parties indemnes ; cette alopecie leucodermique ne s'observerait jamais en d'autres territoires velus comme la barbe, les aisselles, le pubis.

Pour l'alopecie observée par Fournier dans la région sourcillière et décrite par lui, Haslund la considère comme consécutive à la chute en macules des poils sur des taches leucodermiques ayant succédé à une efflorescence syphilitique.

DIAGNOSTIC

Étant donné ce que nous avons dit de la syphilis pigmentaire, il semble que le diagnostic en doive être des plus aisés.

On ne peut plus se fonder uniquement sur les caractères cliniques donnés par Fournier : sa qualité d'affection pigmentaire sans mélange d'élément éruptif ; sa localisation si particulière au cou ; sa configuration éruptive consistant en une pigmentation aréolaire en réseau.

Ces trois éléments de diagnostic ont été remaniés, si l'on peut ainsi s'exprimer, par les divers auteurs, et pour ce qui est de son caractère primitif, et pour ce qui concerne sa localisation si particulière au cou : nous avons donné quelques observations de dyschromie syphilitique siégeant en d'autres régions, se généralisant même.

Quant à sa configuration si spéciale, des erreurs, extrêmement rares sans doute pourraient se produire si l'on se fondait uniquement sur ce caractère.

En effet, Chauffrad a observé une pigmentation aréolaire tout à fait semblable dans la chlorose, et

Thibierge, en 1897, présente, à la Société de Dermatologie, un malade tuberculeux présentant une pigmentaire du cou absolument semblable à la dyschromie syphilitique. « Au cou, la pigmentation, sur les parties latérales, présente une coloration grisâtre ; parsemées de taches arrondies ou légèrement allongées, régulières, à contours nettement accusés, dont les plus larges ne dépassent pas 1 centimètre de diamètre... »

Mais ces cas sont absolument exceptionnels, et dans l'immense majorité des circonstances, on ne retrouve pas la pigmentation du cou typique dans d'autres états morbides.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel avec le hâle calorique, avec le chlorure utérin, dont certains caractères peuvent se rapprocher de ceux observés dans la dyschromie syphilitique, avec la mélanodermie addisonienne, avec le pityriasis versicole.

Étant donné ces caractères propres, la pigmentaire du cou est considérée depuis longtemps comme un signe de syphilis, et nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien son importance clinique peut être grande dans certains cas où les autres symptômes de syphilis sont absents.

LA LEUCOMÉLANODERMIE DE FOURNIER

Il nous reste à parler d'une forme de pigmentation dont nous avons à peine donné une indication au début de ce travail. Il s'agit de la leucomélanodermie de Fournier. C'est en 1893 que Fournier créa le terme de leucomélanodermie à propos des lésions de deux malades qu'il présenta à la Société de Dermatologie.

Ces malades « étaient atteints », au siège et au pourtour de syphilides, d'une série de troubles curieux de la pigmentation. « Ces troubles consistent à la fois et simultanément en une hyperchromie et une hypochromie qui se produisent non seulement sur l'aire même des syphilides et à leur suite, mais en dehors et dans une étendue souvent considérable, par exemple, sur tout ou partie d'une région telle que le cou, la région scapulaire, la région dorsale, en sorte que, côte à côte et au voisinage les unes des autres, on observe des portions de peau décolorée, vitiligineuse, hypochromiée et d'autres grisâtres, pigmentées, bistrées, plus ou moins hyperchromiées. La proportion est loin d'être toujours égale ou à peu près égale entre les unes et les autres.

» Quelquefois l'hypochromie est prépondérante et frappe l'œil presque seule, on a alors ce qu'on a appelé la leucodermie syphilitique. D'autres fois, inversement, la pigmentation est prédominante et attire surtout ou presque exclusivement l'attention. On a alors affaire à la mélanodermie syphilitique, dont l'affection dite syphilide pigmentaire du cou n'est qu'une variété; mais, à vrai dire, une variété toute particulière par sa circonscription habituelle et sa modalité éruptive en réseau, en dentelle. Mais, d'autres fois, il y a une association à peu près égale entre les deux troubles opposés de pigmentation, en sorte qu'il est impossible de subordonner l'un à l'autre qu'on est également forcé de tenir compte de l'un et de l'autre.

» C'est à ce dernier ordre de cas que me semblerait applicable la dénomination de leucomélanodermie syphilitique. Deux femmes, que nous avons dans le service de la clinique actuellement, sont des exemples de ces curieuses altérations de la fonction chromatogène de la peau sous l'influence de la syphilis. Toutes deux ont été affectées sur le cou et le dos de syphilides papulo-tuberculeuses circonscrites d'une étendue considérable. »

Nous avons donné tout au long le texte de Fournier pour préciser aussi nettement que possible le point de départ de la leucomélanodermie. En effet, d'autres auteurs ont donné plus tard à ce terme une extension considérable, et il nous faut tout d'abord examiner si cette extension est justifiée, autrement

dit si les observations décrites comme entrant dans son cadre lui appartiennent réellement.

En 1894, Fournier rangeait la leucomélanodermie dans le groupe des affections parasyphilitiques, c'est-à-dire d'origine et non de nature syphilitique, à côté de la syphilide pigmentaire, du tabès et de la paralysie générale.

En 1899, il mentionne simplement la leucomélanodermie dans le chapitre de la syphilide pigmentaire au paragraphe des mélanodermies atypiques. Nous avons déjà suffisamment insisté sur la syphilide pigmentaire pour n'y point revenir ici. De même, nous avons parlé des leuco-atrophies cutanées.

Mais à côté de ces deux dyschromies, primitive et secondaire, il existe, pour le même auteur, des mélanodermies atypiques caractérisées par « un vaste placard presque noir, constituant une nappe continue uniforme, et très différente de la syphilide pigmentaire usuelle par l'absence de toute configuration aréolaire, voire de toute lunule ».

En conséquence, on peut, d'après Fournier, considérer la leucomélanodermie comme un état voisin de la pigmentaire primitive du cou et des mélanodermies atypiques, primitives aussi.

Ceci étant posé, il nous reste à voir quels sont les rapports de cette leucomélanodermie avec les affections décrites depuis par d'autres auteurs et rangées sous le même nom.

Comme l'écrit M. Pautrier, dans l'excellente étude

qu'il a faite de la question : « En France, la leucomélanodermie est restée une exception, même pourrait-on dire un cas isolé dont il n'existe peut-être pas une autre observation française. »

Mais il n'en fut pas de même en Algérie où les médecins militaires décrivirent une affection qui parut avoir les rapports les plus étroits avec la leucomélanodermie.

Arnould appela cette dyschromie, lèpre kabyle, à cause de ses ressemblances avec les achromies lèpreuses, elle consistait effectivement en des ulcérations auxquelles succédaient des cicatrices blanchâtres, vitiligineuses.

Arnould en fit une maladie autonome méritant un nouveau nom, lorsque, en 1893, apparut la communication de Fournier sur la leucomélanodermie syphilitique.

Il se produisit alors, ainsi que le dit M. Pautrier, autour de ce nouveau terme, un véritable phénomène de cristallisation dans l'école algérienne sursaturée de lèpre kabyle. Tout ce qui était lèpre kabyle devint leucomélanodermie, et les observations de cette nouvelle dermatose se multiplièrent.

Or, que voit-on dans la lèpre kabyle, leucomélanodermie des auteurs algériens ? L'on trouve chez des sujets syphilitiques, ayant présenté des ulcérations syphilitiques, des cicatrices blanchâtres, gaufrées ou absolument lisses qui se produisent non pas au voisinage de ces ulcérations, mais à leur siège même.

Nous avons examiné les observations qu'a recueillies

Marcou dans sa thèse, et nous n'avons pas trouvé un seul cas pouvant se rapporter réellement à la leucomélanodermie de Fournier. Nous ne pouvons donc que souscrire à l'opinion de M. Pautrier qui ajoute : « Dans toutes les observations algériennes de leucomélanodermie, il s'agit de troubles de la pigmentation au niveau des cicatrices de lésions spécifiques... Dans presque toutes, nous nous trouvons en face de cicatrices hypo ou hyperpigmentées ; ces lésions correspondent elles à la définition de la leucomélanodermie donnée par Fournier ? nous ne le pensons pas. Ce qui constitue l'originalité de la leucomélanodermie de Fournier, ce qui lui donne sa physionomie propre, c'est la production de pigmentation *au voisinage* de lésions syphilitiques ou de leurs cicatrices, c'est la formation de plaques vitiligneuses bordées d'une zone hyperpigmentée sur le pourtour d'accidents cutanés spécifiques et sur des parties de tégument qui n'ont pas été le siège de lésions. »

C'est de la même manière que M. Darier a compris la leucomélanodermie dans son article de *la Pratique dermatologique*, « le trouble de la pigmentation, écrit-il, rare sous cette forme est ici nettement primitif et indépendant de toute manifestation éruptive » et le même auteur ajoute en note « dans les observations de Gémy, Legrain, Marcou (leucomélanodermie syphilitique, lèpre kalyle) la confusion entre ces dyschromies primitives et les cicatrices dyschromiques n'a pas toujours été évitée ».

Nous n'avons parlé jusqu'ici que de la leucodermie dans le syndrome leucomélanodermique. Pour M. Pautrier, chez des sujets de peau noire ou brune, comme ceux dont les observations figurent dans la thèse de Marcou, l'élément mélanodermique perd une grande partie de sa valeur, et il est bien difficile de différencier la peau brune normalement de celle qui est le siège d'une mélanodermie ; en somme, dans tous les cas de lèpre kabyle, l'élément leucodermique, seul, a une valeur réelle, constitue une véritable lésion pigmentaire.

L'on peut donc retrancher cette lèpre kabyle, avec ses cicatrices blanches succédant *in situ* à des lésions syphilitiques, de la leucomélanodermie de Fournier.

Mais alors celle-ci n'est plus constituée que par les deux observations de Fournier et par une observation de Pautrier.

Ne pourrait-on interpréter ces observations d'une façon différente ? Ne pourrait-on justement les rapprocher d'une autre leucomélanodermie plus fréquente, dont l'étiologie est encore obscure, sans doute et dont les caractères cliniques sont très proches, s'ils ne leur sont pas identiques, de la leucomélanodermie, nous voulons parler du vitiligo. De ce fait que, dans les observations que l'on connaît de leucomélanodermie, les lésions vitiligineuses se sont produites au voisinage de syphilides tuberculeuses. Peut-on en inférer qu'elles constituent un type à part ? Et, justement, la syphilis ne peut-elle être, dans cer-

ains cas, sinon dans tous, ce que nous ne disons pas, la cause, une des causes productrices du vitiligo. C'est ce que nous allons examiner. Mais d'abord qu'est-ce que le vitiligo.

LE VITILIGO

Dans son article de *la Pratique dermatologique*, M. Darier donne du vitiligo la définition suivante : une dyschromie cutanée caractérisée par le développement de taches blanches, nettement limitées et entourées d'une zone plus ou moins hyperchromique.

« L'existence simultanée de l'achromie, c'est-à-dire de la disparition du pigment en certains points et de l'hyperchromie, accumulation du pigment au pourtour des taches décolorées, est donc nécessaire pour qu'on puisse parler de vitiligo : il faut, de plus, que la dyschromie soit pure, en ce sens, que la peau ne doit présenter aucune modification de son aspect, de sa structure et de ses fonctions ; enfin, l'affection doit être acquise, avoir apparu au cours de la vie extra-utérine et ne pas consister en une malformation congénitale. »

Ces taches du vitiligo sont ou totalement achromiques ou très hypochromiques ; leur éclat est mat, leur surface lisse donne au toucher la même sensation que la peau normale ; jamais on n'a l'impression d'une peau plissée, ou cicatricielle au moindre degré.

Les taches, à leur naissance, sont d'une grandeur assez variable, rondes ou ovalaires, à bords nets et sinueux, elles sont distribuées comme par hasard dans des zones hyperchromiques, grisâtres, brunes ou noires, plus teintées au bord des taches blanches. Comme pour la syphilide pigmentaire, on a l'impression que « le pigment a été refoulé hors des surfaces achromiques et amoncelé sur leurs bords, mais si le passage des zones achromiques aux zones hyperchromiques est rapide et brutal. Celles-ci se fondent graduellement, insensiblement avec la peau normale qui leur est périphérique.

Pour ce qui est des poils ou follets implantés sur les taches blanches, ils sont d'ordinaire totalement décolorés, mais ils peuvent pendant quelques temps conserver leur nuance normale, mais il faut noter ceci c'est qu'il n'y a pas chute avec repousse en blanc, le vitiligo ne provoque pas d'alopecie.

La peau vitiligineuse ne présente aucun trouble de la sensibilité, ni douleur, ni prurit, peut-être la sensibilité est-elle émoussée légèrement dans quelques cas.

Les sécrétions de la peau sont normales en apparence toutefois.

Au point de vue de sa localisation, le vitiligo peut atteindre toutes les régions du tégument ; suivant M. Darier, il affecterait cependant avec une certaine prédilection le dos des mains, des poignets, des avant-bras, la face et le cou, ainsi que les organes génitaux et les régions avoisinantes... en général

l'affection présente, dans sa distribution, une tendance marquée à la symétrie, il n'est pas rare qu'elle occupe simultanément plusieurs régions séparées telles que les extrémités supérieures et la face, ou bien le cuir chevelu en même temps que l'abdomen et les cuisses.

Quant à l'évolution du vitiligo, rien n'est moins uniforme. Dans certains cas exceptionnels il est vrai, son développement peut être brusque et son extension peut envahir rapidement de grandes surfaces, mais dans la plupart des cas son début est lent et progressif et ne s'accompagne d'aucun trouble général ou local qui attire l'attention du côté de la peau.

C'est par hasard que le malade découvre une première tache ou un groupe dyschromique ; souvent l'évolution est graduelle et presque insensible ou procède par poussées à de très longs intervalles.

Une fois née que devient l'affection ? elle peut varier d'intensité suivant les saisons, être plus marquée en été qu'en hiver et cela est conforme à la plupart des dyschromies, elle peut ne pas varier de limites ou bien au contraire être ambulante et progressive, migratrice, les zones blanches repoussent alors en quelque sorte les régions hyperchromiées et en même temps leur teinte achromique peut s'atténuer de façon à ressembler presque à de la peau normale. Quant aux parties colorées, repoussées au dehors, elles sont limitées par des lignes concaves et peuvent former de véritables îlots détachés donnant l'impression d'une véritable mélanodermie.

Au point de vue anatomo-pathologique, on ne trouve pas de pigment dans les cellules de la couche basale de l'épiderme au niveau des taches blanches, il est au contraire abondant dans la couche basale de la couche de bordure ; dans cette zone, on trouve aussi une pigmentation très marquée du derme, rien qui puisse, au point de vue histologique, différencier le vitiligo des placards de leucomélanodermie. On ne sait rien de précis et de certains touchant l'étiologie du vitiligo.

Mais l'on sait, et la clinique en a fourni la preuve qu'il existe une relation entre le vitiligo et les troubles, les tares ou les altérations du système nerveux.

Les circonstances dans lesquelles se développe la maladie sont extrêmement variables, celle-ci pouvant succéder à bref délai à un accident, à un ébranlement nerveux, ou bien trouvant son origine dans une tare nerveuse congénitale.

Mais ces conditions peuvent faire défaut et il faut évidemment chercher autre chose pour expliquer l'apparition inopinée d'un vitiligo chez un individu en apparence indemne.

Parmi les causes incriminées, l'on a parlé des irritations locales : le vitiligo se développerait de préférence sur les téguments préalablement hyperchromiés pour une raison quelconque, comme par exemple par les pressions répétées qui sont dans ce cas des causes provocatrices ou d'appel : ainsi se développerait le vitiligo chez les individus portant

des bandages herniaires, des corsets mal ajustés et trop serrés.

Ici se place la question de la syphilis dans l'étiologie du vitiligo.

La syphilis agit-elle comme une cause générale, c'est-à-dire comme agirait une tare nerveuse ou un choc nerveux, ou bien agit-elle comme un traumatisme, une cause toute locale ? c'est ce que nous allons examiner.

Cette idée de relations étiologiques de la syphilis et du vitiligo n'est pas nouvelle.

Déjà en 1889, Tenneson en envisageait l'existence possible et donnait l'observation d'un individu syphilitique chez lequel s'était développé, après une alopécie, un vitiligo occupant la lésion du cuir chevelu, et d'autres régions, le tronc, et les membres inférieurs.

Mais de cette coïncidence, Tenneson n'osait conclure à un rapport véritable entre les deux maladies.

En 1892, Ducastel cite le cas d'un homme présentant depuis l'âge de trois ans des plaques de vitiligo généralisé et depuis l'âge de douze ans une leucoplasie buccale.

Mais dans ces deux observations bien des données manquent, dans celle de Tenneson nous ignorons si les placards de vitiligo se sont montrés après des éléments éruptifs syphilitiques et à leur place si la syphilis autrement dit a agi comme cause générale ou comme cause locale, provocatrice, le fait a son

importance et les auteurs ont envisagé la question sous ces deux rapports.

En 1902, Pierre Marie et Crouzon présentent à la société de dermatologie, un malade atteint de vitiligo et de leucoplasie buccale qui ne se souvient pas, d'autre part, d'avoir jamais eu la syphilis.

Mais étant donné les rapports de la leucoplasie buccale et de la syphilis, leucoplasie voulant toujours dire syphilis pour le professeur Gaucher, les auteurs considèrent leur malade comme syphilitique, d'autant plus qu'il présente quelques signes peu nets d'ailleurs de tabès.

Les rapports du tabès et du vitiligo avaient été du reste déjà signalés en 1891 par M. Thibierge qui affirmait que le vitiligo pouvait mettre sur la voie du tabès à la période préataxique.

Et depuis, Leloir, Chabrier dans sa thèse, avaient attiré l'attention sur le vitiligo apparu chez les tabétiques. Ballet et Bauer en mars 1902 présentaient, à la société de neurologie, deux malades porteurs de lésions vitiligineuses symétriques coïncidant avec un syndrome tabétique. Enfin Pierre Marie et Guillain en mars 1902, présentaient également un malade présentant un vitiligo des mains, du cuir chevelu, de la nuque, du front, du cou, de la région sacrée et de la région abdominale inférieure et sur lequel quoiqu'on n'ait pas pu retrouver de syphilis évidente, on constatait des maux perforants des deux pieds, de l'abolition des reflexes achilléens et rotuliens et de l'incontinence d'urine.

Tous ces faits ont été mis en avant par Pierre Marie et Crouzon pour montrer que le vitiligo, dans certains cas du moins, est lié à la syphilis « cette manière de voir, écrivent-ils, n'a rien de subversif si l'on veut bien se rappeler de la prédilection avec laquelle le système nerveux dans toute son étendue se trouve frappé dans la syphilis et, dans le même ordre d'idées, si l'on se rappelle avec quelle fréquence la vérole détermine les achromies ou les dyschromies pigmentairea ».

La même année le professeur Gaucher montrait la similitude des troubles de la nutrition dans le vitiligo et la syphilis.

Le vitiligo dit idiopathique aurait pour cause une autointoxication chronique : « le poison morbide agissant par l'intermédiaire des nerfs cutanés pour produire la dystrophie pigmentaire ».

Or, la syphilis produit des troubles de la nutrition générale semblables à ceux des intoxications chroniques et qui se traduisent par la diminution de l'élimination de l'urée, l'abaissement du taux des chlorures, l'abaissement du rapport azoturique ; il n'y aurait rien d'étonnant par conséquent, pour cet auteur, à ce qu'on trouve souvent le vitiligo chez les syphilitiques.

D'après ce qui précède, et d'après des observations déjà nombreuses, la syphilis jouerait un rôle direct, général pour ainsi dire dans la production du vitiligo et l'on est frappé de l'analogie qui existe entre ce vitiligo, se produisant de façon primitive, et la

syphilide pigmentaire primitive elle aussi dans le sens que nous avons donné à ce terme.

Dans une étude très complète de la question. Thibierge pense que ce rôle direct que joue la syphilis n'est pas le seul.

En effet, chez tous les malades dont nous venons de parler aucun auteur n'a vu une lésion cutanée quelconques, susceptible de déterminer l'apparition du vitiligo.

Nous avons insisté, plus haut en traitant de la syphilide pigmentaire, sur les causes extérieures qui toutes, plus ou moins, pouvaient entrer en jeu pour provoquer cette dyschromie et qui jusqu'à un certain point pouvaient en expliquer les localisations habituelles; suivant les auteurs, on a fait entrer en ligne de compte: l'exposition à l'air, les irritations causées par les vêtements, le grattage, irritations que l'on retrouve dans l'étiologie du vitiligo et dont nous avons déjà parlé.

La syphilis, tout en provoquant parfois directement le vitiligo, ne pourrait-elle aussi jouer un rôle excitateur, localisateur dans l'étiologie de cette dyschromie? C'est ce que M. Thibierge a essayé de montrer en 1905.

Déjà, en 1904, M. Pautrier, à propos d'une observation de vitiligo chez un spécifique, avait posé la même question et établissait, comme nous l'avons vu, l'identité qui existe entre cette dyschromie et la leucomélanodermie de Fournier.

Pour M. Thibierge l'on doit envisager un certain nombre de cas différents.

Et d'abord, dans certaines circonstances, si l'on prend la peine d'interroger les malades, on trouve que le vitiligo a précédé la syphilis et ceci démontre évidemment que s'il existe parfois une relation de causalité entre les deux affections, cette relation manque souvent et que la syphilis ne doit être considérée que comme une des causes du vitiligo.

Mais parfois, au contraire, la syphilis joue un rôle producteur ou localisateur du vitiligo : ainsi une syphilide ulcéreuse laisse à sa suite une cicatrice plus ou moins irrégulière, souvent pleine, ayant à peine l'aspect cicatriciel, et s'entourée d'une pigmentation diffuse plus prononcée à la périphérie ; peu à peu les surfaces hyperpigmentées se développent en couvrant de grands espaces. Au milieu des régions mélaniques apparaissent alors des zones arrondies au niveau desquelles les téguments sont décolorés sans avoir été précédés d'ulcérations ou d'altérations du derme.

La lésion initiale, syphilitique, semble, pour M. Thibierge, avoir joué un rôle excitateur ; elle a peut-être provoqué une réaction vasomotrice ou trophique ; elle a agi, comme nous l'avons déjà dit, ainsi qu'auraient agi des traumatismes vulgaires, des irritations banales, pour provoquer à leur voisinage des troubles dans la répartition du pigment.

« Ce vitiligo métasyphilitique, écrit M. Thibierge, est analogue à celui qui s'observe chez les femmes du

peuple à la suite du port de corsets mal ajustés et qui succède à des excoriations ; de même, un bandage herniaire peut provoquer un vitiligo plus ou moins étendu. »

Mais, à côté de ces faits, d'autres sont plus difficiles à interpréter, où des syphilides ulcéreuses ou tuberculeuses laissent après guérison une zone décolorée entourée d'une pigmentation intense qui s'étale au loin et finit par envahir des territoires considérables ; puis les zones décolorées perdent leur aspect cicatriciel, deviennent lisses, planes et prennent absolument l'aspect du vitiligo, les taches achromiques reproduisant exactement la configuration des syphilides auxquelles elles ont succédé.

Il est évident qu'au premier abord on pense être dans un cas analogue aux précédents, la lésion, ayant, à un certain stade de son évolution, les mêmes caractères objectifs ; mais les circonstances peuvent faire, comme dans une observation de Thibierge, que l'on assiste à l'évolution de ce pseudo-vitiligo et l'on se rend compte alors qu'il s'agit simplement d'une forme plus ou moins étendue de dyschromie syphilitique secondaire à des lésions auxquelles elle succède *in situ*.

De même une roséole anormale, par son extension, peut laisser après elle une leucomélanodermie d'aspect vitiligineux et qui cependant ne répond pas à la définition de cette lésion telle que nous l'avons donnée.

En somme, ces derniers faits mis à part, l'influence

de la syphilis sur le vitiligo paraît à peu près certaine, mais, de même que la syphilide pigmentaire du cou est liée à deux processus évolutifs différents, le vitiligo serait lié lui aussi à la syphilis de deux façons différentes.

Dans un premier cas il est impossible de trouver une cause locale, syphilitique ou autre l'ayant précédé, et les auteurs ont envisagé une influence soit directe, soit par l'intermédiaire du système nerveux : en effet, tous les malades dont il était question présentaient des signes non douteux de syphilis ou un syndrome tabétique.

« D'ailleurs ce n'est pas avec la syphilis seule ou avec des symptômes de tabes, ainsi que l'écrit Darier, que le vitiligo peut être en connexion. Bien d'autres maladies générales, ou maladies nerveuses, ou dermatoses, ont été signalées comme se présentant en même temps que lui dans des conditions qui éveillent une idée de parenté morbide ou de prédisposition conférée. »

En effet, le vitiligo se présente avec une fréquence particulière dans d'autres affectations nerveuses, goître exophtalmique, syringomyélie par exemple.

Dans d'autres cas, si les malades sont syphilitiques, un autre facteur intervient : la présence de lésions cutanées ulcéreuses ou tuberculo-ulcéreuses. Et c'est à la suite de celles-ci et à leur voisinage que s'est développé le vitiligo ou la leucomélanodermie.

Mais est-on en droit de considérer la nature spéci-

fique des lésions provocatrices comme devant entrer en ligne de compte ?

Remarquons que d'autres dermatoses, ainsi que nous l'avons dit, sont en rapport avec le vitiligo.

Déhu a signalé les relations qui existent entre la pelade et celui-ci, Ehrman a observé la coexistence du lichen plan et du vitiligo, son association avec le lichen simplex chronique est relativement fréquente.

Faut-il, dans ces différentes, affections rechercher une analogie de nature avec le vitiligo ; ou ne considérer ces dermatoses que comme des causes d'appel pour celui-ci, par la pigmentation qu'elles occasionnent ?

Il nous est impossible de répondre ; remarquons seulement que les affections dont nous venons de parler ont toutes été plus ou moins rattachées à des perturbations du système nerveux.

En est-il de même pour les lésions syphilitiques ? Nous ne pouvons entamer une discussion pathogénique sur un sujet aussi mal connu.

Nous bornerons donc notre étude aux faits dûment constatés, c'est-à-dire aux cas de vitiligo liés à une syphilis présentant ou non des lésions cutanées.

La question même limitée à ces deux points a son importance « non seulement au point de vue nosographique, mais encore au point de vue du diagnostic rétrospectif de la syphilis et précoce du tabès et des conséquences pronostiques et thérapeutiques qui en découlent. »

OBSERVATIONS

Nous avons classé nos observations sous trois chefs :

Dans un premier groupe de faits nous avons réuni des observations de syphilide pigmentaire nettement secondaire à des efflorescences syphilitiques.

Dans un deuxième groupe nous avons placé quelques cas de syphilides pigmentaires anormaux par extension. Dans un troisième groupe figure enfin les deux observations de leucomélanodermie de Fournier et des observations de vitiligo en rapport avec la syphilis.

OBSERVATION I

(Hullen, *Annales de Dermatologie*, 1903.)

Syphilide pigmentaire. — Installation de la syphilide pigmentaire

La nommée Th..., dix-neuf ans, modèle, entrée le 26 novembre 1902 salle Van Swieten, n° 13, pour un chancre infectant situé sur la grande lèvre gauche et datant de deux mois, actuellement presque guéri. Il existe de nombreuses plaques hypertrophiques vulvaires, et une roséole légère et discrète occupe le ventre et la face interne des cuisses ; des plaques muqueuses des lèvres et des amygdales.

Traitée jusqu'au 5 décembre, elle sort du service ayant quelques papules sur la peau et y revient le 6 février 1903. Cette fois elle est en pleine éruption papuleuse secondaire couvrant le tronc et les membres. Sur le cou au niveau, de la nuque, on observe un certain nombre de plaques syphilitiques de la peau, assez larges.

Cette éruption cervicale s'atténue un peu sous l'influence du traitement mercuriel.

11 février. — On prend un calque exact et bien repéré de la partie postérieure du cou avec tous les éléments éruptifs. Les jours suivants, on observe l'atténuation progressive de ces éléments qui s'aplatissent, baissent de couleur et commencent à disparaître par leur périphérie.

20 mars. — On constate l'aspect suivant: autour de chacune des anciennes plaques, rétrécies et devenues d'un rouge cuivre clair, on voit une petite zone blanche décolorée, large d'au moins 1 millimètre. Quelques-uns des éléments ont disparu et sont exactement remplacés dans leur siège et leurs dimensions par des taches arrondies dépigmentées. Le calque avait montré la superposition parfaite des lésions. Sur les faces latérales du cou on observe le même phénomène à des degrés divers: plaques en rétrocession dont le pourtour n'est plus qu'une zone blanche, tandis que le centre présente encore une petite élevation rouge cuivre.

L'épiderme, à la surface de ces lésions, se plisse légèrement comme sur les écussons de pityriasis rosé.

Autour des éléments ainsi formés, la peau vague, légèrement brune, tranchant par sa coloration sur celle de la poitrine et du dos. Le collier de Vénus type est constitué.

OBSERVATION II

(Hullen, *Annales de Dermatologie*, 1903, p. 736.)

Syphilide pigmentaire

La nommé R..., quinze ans, entrée le 29 novembre 1902 salle Van Swieten, n° 28, avec des chancres du clitoris et des petites lèvres, non syphilitiques d'apparence. Elle est soumise à un simple traitement local, et le 25 décembre apparaissent des plaques muqueuses à la vulve, puis une roséole légère, et enfin des syphilides folliculaires généralisées, d'apparence psoriasique.

Malgré le traitement mercuriel, les lésions cutanées résistent longtemps puis perdent leur caractère psoriasique et commencent à se cicatriser.

20 mars 1903. — En examinant le cou sur lequel l'éruption était assez abondante, on observe un certain nombre de groupes de syphilides folliculaires, composés chacun de trois ou quatre éléments cicatriciels, brunâtres.

Le groupe occupe à peu près le centre d'une petite macule blanche qui déborde les follicules malades de 1 à 2 millimètres de toutes parts.

Toutes les parties du cou sont parsemées d'éléments semblables, entre lesquels il y a hyperpigmentation brune de la peau. A 50 centimètres, on perçoit mal les détails et l'on prend la lésion pour une syphilide pigmentaire au début, qui serait primitive quelques jours plus tard : le collier est constitué.

OBSERVATION III (Résumée)

(Hulleu)

Syphilide pigmentaire

La nourrice Gabrielle V..., entrée le 10 février 1903, salle Astruc, n° 17, pour des plaques muqueuses vulvaires et une éruption de roséole en voie de disparition sur le dos, l'abdomen et les membres, assez confluyente ; en même temps sur le cou un certain nombre de plaques cutanées dont on prend le calque. Aucune syphilide pigmentaire à cette date.

20 mars. — Les plaques du cou se sont unifiées et déformées. Pas encore de coloration pigmentaire nette, mais un aspect un peu brun du cou dans son ensemble.

23 mars 1903. — On constate sous les jambes, les cuisses, les fesses des restes rouge brun de papules et des groupes de syphilides folliculaires. De même sur les membres supérieurs, sur le dos ; éléments saillants papuleux, d'un rouge brunâtre. Dans la région de la nuque où les plaques syphilitiques de la peau ont été nombreuses, de voit nettement une zone de légère décoloration entourant presque tous les éléments qui persistent, d'un anneau de 1 millimètre de large au moins, dont la blancheur tranche sur le fond pigmenté. Sur la partie latérale droite du cou, on voit quelques cercles bleus de syphilide pigmentaire constituée ; au centre de trois d'entre eux se trouve une macule rougeâtre plissée occupant le tiers de leur surface.

La comparaison avec le calque pris à l'entrée montre que

chaque zone raide décolorée correspond à la résorption d'un élément antérieur, dont il ne reste plus comme traces que les macules rares que nous avons signalées, et un léger plissement épidermique.

La malade sort avec une belle syphilide pigmentaire au col.

OBSERVATION IV

(MM. Gaucher et Milian)

Leucodermie syphilitique péri et post-papuleuse

D..., agée de dix-neuf ans, blanchisseuse.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-trois ans de cause ignorée. Mère, cinquante-cinq ans, bien portante, brune.

Un frère aîné mort à dix-neuf ans.

Un frère mort à quatorze ans de méningite.

Un frère (le troisième), mort en bas âge.

Antécédents personnels. — La malade est la dernière de la famille. Elle ne peut nous renseigner sur l'existence de la syphilis chez ses proches.

Elle a eu des adénopathies ayant longtemps suppuré vers l'âge de sept ans.

Pas d'autres antécédents syphilitiques que les accidents que présente encore actuellement la maladie : plaques muqueuses vulvaires et syphilides papuleuses périgénitales développées il y a quatre mois ; vues par un médecin, ces lésions ont été traitées par la vaseline boriquée.

28 novembre. — Fausse couche de six mois.

Deux mois auparavant la malade avait des démangeaisons sur le ventre ; ces démangeaisons provoquaient le grattage à la suite duquel apparaissaient des boutons. A la suite des boutons apparaissaient des taches blanches : la malade est très affirmative à cet égard.

Aujourd'hui 28 janvier 1903, on constate au niveau de la ceinture sur l'addomen à la partie antéro-interne des cuisses, une pigmentation diffuse couleur jaune brunâtre, presque café au lait, sur laquelle se détachent une multitude de taches blanches à peu près arrondies et de la dimension d'une feuille de buis. La blancheur de ces taches n'est pas absolument pure ; il s'y mêle souvent une coloration rosée légère, indice d'une réaction inflammatoire antérieure.

Dans la partie inférieure de l'abdomen et à la partie supérieure des cuisses dans la région péri-génitale en un mot, il existe une éruption syphilitique modérément confluente : papules de la dimension d'un grain de millet, de teinte jambonnée, pauvrement squameuses. Ces papules sont presque toutes entourées d'une zone de dépigmentation, et occupent nettement le centre de ces zones dépigmentées ; il est évident, à la disposition respective de ces éléments, que c'est la présence des papules qui commande la dépigmentation.

Il existe chez cette femme de l'hyperchromie en d'autres régions du corps § : pigmentations de l'aréole du mamelon, pigmentations de cicatrices d'adénopathies cervicales tuberculeuses, taches pigmentaires du front, du nez et des joues (chloasme et lentigo), pigmentation des creux poplités autour de syphilides papuleuses en pleine activité et non pas en régression comme à l'abdomen. Notons qu'il y a au cou une

syphilide pigmentaire des plus nettes sans éruption préalable. La teinte générale de la peau est plutôt un peu jaunâtre, particulièrement aux plis de flexion, creux axillaire, plis des coudes.

Pendant sa grossesse la malade a eu des varices qui sont actuellement disparues.

Rien à la muqueuse buccale, ni pigmentation, ni ulcération, rien au cœur, rien aux poumons.

OBSERVATION V

(Aubry.)

Syphilide pigmentaire généralisée

X..., dix-neuf ans, brune. A été traitée pour la première fois dans la salle Sainte-Blandine par M. Chappet. A cette époque, les détails suivants ont été relevés dans le service.

Père et mère morts de tuberculose pulmonaire tous deux à trente-trois ans ; une sœur ayant succombé de la même affection ; un frère vivant, mais probablement phthisique.

Pas de maladie dans l'enfance. Il y a trois ans, bronchite intense ayant duré un mois et demi. Menstruation assez irrégulière depuis deux ans.

Le 10 février 1888, la malade s'expose au frais et se met à tousser. A la fin de la même année, infection syphilitique dont elle ne saurait préciser le début, car l'accident primitif est demeuré ignoré.

Vers le 6 janvier 1889, une éruption secondaire apparaît, caractérisée par des taches papuleuses assez espacées, et siégeant sur toutes les parties du corps. Pas de plaques muqueuses apparentes. Traitement mercuriel.

Les forces et l'appétit diminuent assez vite. La fièvre s'installe. Signes certains de tuberculose à l'auscultation.

La malade sortit de la salle le 29 avril, car elle se trouvait améliorée, rentre dans notre service le 26 mai avec des symptômes plus alarmants...

...La peau est le siège d'une syphilide pigmentaire généralisée. C'est ainsi qu'on retrouve sur la face (fait souvent signalé) plusieurs taches foncées et tranchant par leur aspect sur la pâleur du visage. Il y en a trois au front, trois sur la commissure naso-labiale gauche, une sur la commissure droite. Il en existe d'autres sur la paupière inférieure du même côté et sur le menton. Les taches pigmentaires sont nombreuses sur les régions latérales du cou, la nuque et le dos. On peut évaluer à une cinquantaine leur nombre dans ces régions. Elles se retrouvent encore au niveau des flancs des lombes et des régions axillaires qui sont très prises. Elles ont sur tous ces points leurs caractères classiques, absence de saillie et de desquamation, pas de prurit, teinte variant en gris cendré ou brun foncé. Tantôt rondes, tantôt ovalaires, ou plus irrégulières dans leurs contours, elles arrivent en certains endroits à avoir les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Autour d'elles on retrouve la zone blanche et en apparence dépigmentée décrite par les auteurs. Au dire de la malade certaines taches diminueraient et s'effaceraient progressivement du fait d'une dépigmentation qui partant de la périphérie gagnerait le centre. C'est ce qui aurait eu lieu sur le devant de la poitrine où on ne retrouve plus par places qu'un petit point brun, gros comme une tête d'épingle. Et même en certains endroits il semble qu'il n'existe encore que de petites surfaces absolument dépigmentées.

Les coudes dans leurs parties postérieures, les cuisses et les mollets surtout dans leurs régions externes, portent de nombreuses taches qui doivent être mises à part. Elles sont, elles aussi, très foncées pour la plupart ; mais quelques-unes ont une teinte cuivrée et en tout cas beaucoup desquamement : ce dernier caractère les fait plutôt rentrer dans le cadre des éruptions secondairement pigmentées.

Les lèvres, les gencives, les mains et les pieds sont indemnes. Jusqu'à la date du 4 juillet, jour de la mort, l'éruption persista sans être modifiée par l'administration de pillules de protoiodure qui furent d'ailleurs supprimées quelque temps avant la terminaison fatale.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Dufour.)

Cas de mélanodermie généralisée et symétrique développée chez un syphilitique récent à la suite d'une hydrargyrie cutanée.

Jeune homme de vingt-six ans. Syphilis contractée le 21 juillet 1901, chancre trois semaines après. Frictions mercurielles instituées le 1^{er} août. Huit jours après se déclare brusquement un érythème cutané et muqueux généralisé semblable à l'exanthème scarlatineux. En même temps stomatite.

Le troisième jour de l'éruption, desquamation furfuracée abondante. Mais en même temps la peau prend, sur toute l'étendue de l'éruption, une teinte foncée qui devient bientôt brune. Six semaines après l'invasion de la syphilis tout le corps est recouvert d'une mélanodermie symétrique. Le trai-

tement suspendu, lors de l'apparition de l'érythème, fut repris le 26 septembre, peu à peu la pigmentation disparut, mais après huit mois il persistait encore quelques flots de mélanodermie.

OBSERVATION VII

(Hudelo, *Bulletin de la Société de Dermatologie*

11 février 1892.)

Syphilis pigmentaire généralisée

Jeune femme de dix-neuf ans, syphilitique depuis trois mois, et qui présente, depuis un mois, une syphilis pigmentaire qui, au lieu de se limiter au cou, comme c'est la règle, a envahi la racine des membres supérieurs, la face antérieure du thorax de l'abdomen et de la moitié supérieure des cuisses ; l'hyperchromie est particulièrement accentuée au cou et à la poitrine, où elle forme une élégante dentelle. Sur l'abdomen et les cuisses, le réticulum pigmenté est moins net ; les mailles sont irrégulières et interrompues ; sur la face postérieure du corps, la pigmentation ne descend guère plus qu'à deux travers de doigt au-dessous de la racine du dos ; le dos, les fesses sont respectées, il en est de même de la face, des membres supérieurs et inférieurs en dehors des zones signalées.

Cette malade présente en même temps un peu d'alopecie, mais très discrète, des syphilides vulvaires.

Elle présente aussi des stigmates évidents d'hystérie.

OBSERVATION VIII

(Fournier, Société de Dermatologie, 1893.)

Leucomélanodermie

Notre premier malade a été affecté d'une syphilis papulo-tuberculeuse, de forme circonscrite, occupant le front, les régions parotidiennes et maxillaires, la nuque et la partie supérieure du dos. Aujourd'hui, cette syphilis est effacée presque complètement. Mais presque toute la région de la face reste le siège d'un véritable vitiligo. Les téguments y sont décolorés, pâles, d'un blanc mat, presque laiteux. Les régions péri-auriculaires, la nuque et toute la partie supérieure du dos sont devenues également vitiligineuses, et, d'autre part, sur les confins de ces districts décolorés, s'est constituée une zone de téguments de teinte assombrie, grisâtre, plus ou moins fortement pigmentée. De sorte que la syphilide est devenue l'occasion d'une sorte de leuco-mélanodermie dans laquelle la leucodermie est pourtant prédominante. Un autre placard vitiligineux s'observe encore sur l'un des avant-bras. Il paraît aussi avoir succédé à un placard de syphilide, qui avait déjà disparu lors de l'entrée de la malade dans nos salles.

OBSERVATION IX

(Fournier, Société de Dermatologie, 1893.)

Leucomélanodermie

Notre deuxième malade est affectée d'une syphilide exactement semblable, mais limitée à la nuque et à la partie supérieure du dos.

Or, sur elle aussi, on voit une vaste nappe pigmentée qui s'est constituée au voisinage de l'éruption, surtout au-dessous et latéralement.

Cette nappe se prolonge dans une étendue considérable, bien au delà des limites de l'éruption, jusqu'à 10, 15, 20 centimètres d'elle ; elle a une teinte grise, gris noirâtre, même en certains points. En dehors d'elle existent de nombreux îlots, soit isolés, soit agminés qui figurent des sortes d'archipels pigmentaires. Au sein de ces taches pigmentaires apparaissent çà et là quelques taches bleuâtres, d'une étendue variant entre le diamètre d'une lentille et celui d'une pièce de 20 centimes. Ces taches blanches tranchent par leur teinte sur le fond grisâtre des téguments. Sont-elles vitiligineuses ou bien n'empruntent-elles leur apparence qu'à un effet de contraste d'opposition de couleur ? il est vraiment difficile de le dire : en tous cas, c'est la mélanodermie qui prédomine ici, et cette mélanodermie dépasse et de beaucoup la nappe éruptive latéralement et inférieurement. Il semble donc qu'il s'est produit là deux lésions distinctes : une syphilide papulo-tuberculeuse circonscrite sur la nuque et la partie supérieure du dos ; une syphilide pigmentaire (si tant est qu'on puisse donner ce nom à la lésion) sur les parties moyennes et latérales du dos. Cette mélanodermie ne fait qu'encadrer la syphilide papulo-tuberculeuse ; elle déborde largement la zone périphérique et s'étale loin d'elle à une distance vraiment considérable. Je crois bien pourtant qu'elle s'est produite à son propos et n'en constitue qu'un phénomène symptomatique deutéropathique.

OBSERVATION X

Tenneson, *Vitiligo* survenu dans le cours
d'une syphilis secondaire

Le malade âgé de vingt-sept ans, serrurier, de constitution robuste a contracté la syphilis en 1880. Le chancre a été suivi de plaques muqueuses, roséole, etc. ; mais le malade n'a suivi aucun traitement jusqu'au jour où il est entré dans mon service.

Deux ans après le début de la syphilis, alopécie presque totale portant sur le cuir chevelu et les autres régions pilaires. En même temps, apparition de taches leucodermiques à la lisière du cuir chevelu, sur le tronc, le scrotum et les membres inférieurs. pas de zone mélanodermique autour de ces taches, pas d'anesthésie à leur niveau.

Ce malade fut considéré au régiment comme atteint de pelade et réformé, six mois plus tard les cheveux et les poils ont repoussé spontanément, les uns noirs, comme ils étaient primitivement, les autres blancs, les autres imparfaitement pigmentés et développés, ces derniers surtout à la barbe, aux sourcils et au pubis.

Depuis lors aucun changement dans la leucodermie et la leucotrichie.

Au commencement de 1888, accidents cérébraux ; céphalalgie occipitale intense, affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, dont le malade se rendait compte.

A la fin de décembre, hémip légie droite incomplète, à l'état brusque, mais sans perte de connaissance, hémip légie portant sur les membres et sur face, avec embarras de la parole

et troubles de la vue, le malade est entré dans mon service vers la fin de janvier. Il fut soumis de suite à un traitement mercuriel et ioduré et l'amélioration rapide survenue dans les accidents cérébraux ne permet pas de mettre en doute leur nature syphilitique.

En ce qui concerne les rapports de la syphilis et du vitiligo, nous ne sommes point en mesure de nous prononcer aujourd'hui.

OBSERVATION XI (Résumé)

(Chabrier, *Étude sur le vitiligo*,
thèse de doctorat, Paris 1880.)

Psoriasis, syphilis, à la cinquième année de la syphilis, lésions ultérieures de la verge, autour d'une ulcération, début du vitiligo qui se généralise ultérieurement ; les exacerbations du vitiligo concordent avec les poussées de syphilis.

Homme de trente-trois ans, entre à l'hôpital pour se faire soigner de psoriasis et de lésions syphilitiques.

Cet homme a été atteint de syphilis (chancre, syphilides buccales et cutanées) à l'âge de vingt-trois ans.

Cinq ans plus tard (1895) parurent trois ulcérations, deux sur le gland, une sur le fourreau de la verge qui guérissent, une autre syphilide se développa près de celle qui occupait le fourreau de la verge et devint le point de départ du vitiligo. Elle se cicatrise comme la précédente laissant une macule légèrement rasée, à cette teinte rosée succéda une coloration blanche qui envahit bientôt la peau voisine,

d'autres ulcérations se montrèrent tant sur la verge que sur les régions pubienne et scrotale, les syphilides ont guéri plusieurs fois par l'iodure de potassium pour récidiver quelques temps après. Chaque cicatrice devenait blanche. Cette coloration s'étendait plus loin sur les parties qui n'avaient pas été ulcérées, repoussant devant elles un cercle brunâtre formé par la peau saine notablement hyperchromiée. Dans la région pubienne, l'albification des poils s'ajoutait à l'achromie du tégument.

En même temps que le vitiligo se montrait sur les cicatrices génitales, il paraissait aussi à l'angle externe de l'œil gauche, sur les deux joues sous la forme de points blancs de quelques millimètres de diamètre entourés d'une zone brune.

Au mois d'août 1878, à la suite d'une poussée de psoriasis guérie par les applications d'huile de cade, apparition sur le tronc, les cuisses et les jambes de nombreuses taches blanches plus grandes, plus irrégulières que les précédentes et dont la plupart ont la largeur de la paume de la main, la coloration blanche s'accentue, s'agrandit, et en même temps la peau voisine devient plus pigmentée.

Quelques mois après, nouvelle éruption psoriasique, frictions et nouvelles taches vitiligineuses. En même temps les anciennes taches s'agrandissent, la macule blanche s'accroissant par tous les points de sa circonférence, plusieurs taches arrivent à se rejoindre et à former de larges plaques leucodermiques : c'est ainsi que les jambes ont été complètement décolorées et que la zone pigmentaire ne se retrouve que dans le creux poplité. Mais toutes les taches n'ont pas suivi le même processus ; beaucoup, entre autres celles des avant-bras et de la face, ont presque complètement disparu

ne laissant à leur place qu'une légère teinte pâle, la coloration tégumentaire a été tellement bouleversée que le malade dit, avec raison, qu'il lui serait impossible d'indiquer un seul point où la peau eût conservé sa couleur première.

Les taches, répandues avec une certaine symétrie, occupent toutes les régions du corps à l'exception de la tête et des pieds ; le côté droit est bien plus moucheté que le gauche. Sur le pubis, la verge, les deux régions trochantériennes, le creux épigastrique se voient de larges plaques toutes plus étendues à droite qu'à gauche.

Le dos, la face postérieure des cuisses sont mouchetées de taches blanches se rapprochant de la forme circulaire.

Le nombre des taches leucodermiques s'élève à 150 environ.

Un lambeau de peau vitiligineuse excisé chez ce malade a servi de point de départ aux recherches de Leloir sur l'origine nerveuse du vitiligo.

OBSERVATION XII

(Due à M. Thibierge. — *Annales de dermatologie*, 1905.)

Vitiligo survenu pendant une grossesse. — Syphilis contractée quelques mois après l'accouchement

M^{me} D..., garde-malade a eu deux enfants nés à terme, l'un en octobre 1896 mort à six mois de diarrhée infantile, l'autre en mars 1901 actuellement bien portant et n'ayant aucune tare de syphilis.

Au septième mois de sa deuxième grossesse, elle constate pour la première fois deux taches de vitiligo sur la face interne des cuisses.

Janvier 1902. — Elle a des maux de gorge intenses : on constate à l'hôpital Cochin des plaques muqueuses du pharynx, avec roséole du cou.

Février 1902. — Elle entre à l'hôpital Broca, y reste en traitement pendant deux mois, puis sort et revient irrégulièrement suivre le traitement.

Février 1903. — Elle a une iritis pour laquelle elle vient se faire soigner à l'hôpital Broca ; à ce moment elle remarque l'apparition de nouvelles taches de vitiligo sur le flanc et le bras droits.

En l'examinant, on constate sur les flancs de chaque côté 6 à 8 plaques décolorées de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celles d'une pièce de 1 franc, irrégulièrement disséminées, contrastant avec la coloration brune des téguments voisins. Au niveau du pli du coude gauche et sur la face postérieure de l'avant-bras du même côté deux larges plaques décolorées. A la face interne de chaque cuisse, dans leur partie supérieure, existe une plaque décolorée de la largeur d'une pièce de 2 francs qui, au dire de la malade tend à s'accroître.

Sur le cou à la bordure du cuir chevelu, on voit deux plaques décolorées dont la malade s'est aperçue il y a deux jours seulement.

OBSERVATION XIII

(Due à M. Thibierge dans *Annales de dermatologie*, 1905.)

Vitiligo développé à l'âge de quarante-cinq ans. — Syphilis contractée trois ans plus tard

M^{me} M..., cinquante-quatre ans, sage-femme, a été atteinte de syphilis (chancre à la face palmaire de la main) contractée dans l'exercice de sa profession en 1896. Elle a eu depuis cette époque une série presque ininterrompue de manifestations syphilitiques portant principalement sur les yeux (iritis) et sur les os (gommes multiples du crâne et des membres).

Elle porte des lésions de vitiligo absolument typiques occupant la face dorsale des avant-bras et des mains et la partie supérieure de la face antérieure des cuisses. La malade qui s'est observée très attentivement avait remarqué l'existence du vitiligo avant d'être atteinte de syphilis.

A l'âge de quarante-cinq ans, en 1893, elle avait constaté, sur la face dorsale de ses deux mains, la présence de 5 ou 6 taches blanches de la largeur d'une lentille, irrégulièrement arrondies, contrastant avec la coloration brunâtre des parties voisines du tégument.

Ces plaques se sont développées lentement, s'élargissant et augmentant de nombre ; d'autres se sont montrées plus tard sur la face postérieure des avant-bras ; les plaques de la face interne des cuisses se sont développées à la même époque.

OBSERVATION XIV

(Due à M. Thibierge. — *Annales de dermatologie*, 1905.)

Vitiligo développé à la suite d'une ovariectomie double.

Syphilis contractée deux ans plus tard

D..., âgée de cinquante-deux ans, a subi en mars 1897, l'ablation des ovaires. Au bout de peu de temps, elle a vu apparaître sur le cou des taches de vitiligo.

14 juillet 1900. — Elle s'est aperçue du développement sur la vulve des premiers accidents d'une syphilis qui s'est traduite ultérieurement par une roséole, puis par des poussées multiples d'éruptions cutanées et de plaques sur la langue au mois de décembre 1900, elle est entrée dans le service de M. Fournier.

D..., présente une éruption de vitiligo typique à larges plaques décolorées; les plaques achromiques sont très étendues à la partie antérieure du cou, tandis que la partie postérieure du cou est le siège d'une pigmentation exagérée presque uniforme sur laquelle on ne voit pas se détacher de zones achromiques.

Sur le dos, la pigmentation est assez prononcée; on voit de larges zones blanches à contours nets sur les régions scapulaires et interscapulaires; il existe également des lésions très nettes de vitiligo à la racine des deux cuisses.

OBSERVATION XV

(Due à M. Pautrier, in *Annales des maladies cutanées et syphilitiques*, 1904.)

M. T..., vient nous consulter à la polyclinique de l'établissement dermatologique, le 21 janvier dernier, pour des lésions qui présentent l'aspect suivant :

Dans la région du pubis au-dessous du bas-ventre on trouve un vaste placard ovulaire de 8 centimètres de long sur 4 de large à contours polycycliques, de couleur rouge violacée formant une saillie très sensible à surface légèrement humide par places.

Les bords de ce placard sont plus saillants que la partie centrale ; en les examinant attentivement, ils paraissent formés par l'agglomération de tubercules. Sur certains points, on note un affaissement des bords et la teinte à ce niveau n'est plus rouge violacée, mais franchement cuivrée. Au toucher toutes ces lésions sont dures, rénitentes.

Sur la peau du scrotum du côté droit, près de la racine de la verge, on trouve un gros tubercule isolé ayant les dimensions d'une petite noisette qui donne de même au toucher une sensation rénitente, sa surface est sèche non suintante.

A la face inférieure de la verge on trouve les lésions suivantes : une infiltration diffuse occupe toute la partie médiane du prépuce de couleur rouge jambonné sans bords bien nets. Au centre de cette zone d'infiltration on trouve une ulcération anfractueuse, irrégulière, dont les bords sont

limités par un bourrelet très net, mais non décollé et qui tantôt limite à pic le fond de l'ulcération, tantôt se confond insensiblement avec lui.

Ce fond est irrégulier, légèrement bourgeonnant, suintant, recouvert d'un enduit séreux se desséchant en fines croûtelles.

Cette ulcération a la forme d'un croissant ; elle circonscrit entre le prolongement des branches de ce croissant une surface ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, irrégulière, mamelonnée, tomenteuse tendant à s'ulcérer sur certains points, partiellement recouverte de croûtelles.

Infiltration modérée au toucher. — Ces lésions ont commencé il y a quinze mois environ. Leur diagnostic n'est pas douteux ; leur durée et surtout leurs caractères physiques, leur aspect, leur forme en tubercules infiltrés, leur groupement en placard à contours polycycliques, tout l'ensemble de ces signes impose le diagnostic de lésions syphilitiques tertiaires.

Mais à côté de ces manifestations spécifiques, on trouve les lésions suivantes : presque toute la face dorsale de la verge présente du vitiligo caractéristique, on trouve à ce niveau deux grandes taches complètement achromiques, de teinte ivoire, de surface mate, lisse et douce, à bords nets.

Ces bords sont au contraire de couleur brunâtre, café au lait très foncé, très nettement hyperpigmentés. On trouve des lésions semblables à la racine de la verge et sur le scrotum.

L'interrogatoire du malade donne les renseignements suivants : il ignore complètement avoir eu la syphilis, il ne

se rappelle pas avoir eu de chancre ; il n'a jamais eu d'autres accidents que ceux qu'il présente actuellement.

A l'examen du corps, on ne trouve aucun stigmate de lésion ancienne. Mais à l'examen de la bouche, on trouve une légère plaque de leucoplasie au niveau de la commissure labiale gauche.

Pas d'Argyll-Robertson, les réflexes sont bien conservés. Aucun trouble moteur.

Les lésions spécifiques du bas-ventre et de la verge ont débuté il y a une quinzaine de mois ; quant au vitiligo, il n'est apparu que depuis six mois : le malade est très affirmatif sur ce point ; il affirme de même que les troubles dyschromiques de la peau se sont formés sur des points qui n'ont jamais été touchés par des lésions analogues aux accidents syphilitiques qu'il présente.

Après une série d'injection d'huile grise, on fait au malade, le 19 février, une injection de calomel.

22 février. — On voit déjà une modification appréciable des lésions.

26 février. — On trouve une véritable transformation des lésions qui sont affaissées, desséchées.

4 mars. — Injection de sept gouttes d'huile grise.

11 mars. — La cicatrisation des lésions est à peu près terminée. Aucune modification du vitiligo. On fait une injection de dix gouttes d'huile grise et on prescrit 3 grammes d'iodure.

24 mars. — Le malade revient guéri. Le vitiligo n'est pas modifié.

OBSERVATION XVI (Résumée).

(Due à M. Thibierge.)

Syphilis ignorée. — Syphilides papulo-tuberculeuses en groupes, supigineuses et récidivantes, suivies de dépigmentation de la peau; hyperchromie diffuse très étendue, consécutive aux premières poussées de syphilides, d'où troubles pigmentaires à aspect de vitiligo sur le tronc et la racine des membres inférieurs. — Éléphantiasis des organes génitaux consécutive à des syphilides de ce siège.

E. F..., âgé de soixante-sept ans, entre le 4 avril 1900 dans mon service de l'hôpital de la Pitié, pour des lésions syphilitiques du scrotum et de la verge.

Il n'a aucun souvenir du début de sa syphilis et se souvient seulement avoir eu en 1886, sur la région pariétale du cou, une tuméfaction qui a disparu à la suite d'un traitement par l'iodure de potassium.

Les lésions cutanées datent de la même époque; elles se sont, depuis, reproduites à plusieurs reprises, et le malade s'est très irrégulièrement soigné.

La peau de l'abdomen, des aines, de la région lombaire a, au dire du malade, toujours été très colorée. Il y a trois ou quatre ans, il s'est aperçu que les lésions papulo-tuberculeuses, après leur guérison, laissaient des taches blanches.

Actuellement, on trouve, sur un facial pigmenté d'un brun foncé dont la coloration s'étend sur tout l'abdomen en diffusant sur le thorax, des taches blanches ou à peine rosées, très irrégulières de forme, à contours polycycliques ou géo-

pathiques. Ces taches sont d'autant plus pâles et entourées d'une peau plus pigmentée qu'on se rapproche davantage de la partie inférieure du tronc. Plusieurs taches de petites dimensions occupent le flanc droit ; les plus étendues siègent sur la partie sous-ombilicale de l'abdomen où elles forment deux bandes irrégulières, l'une à droite, l'autre à gauche, se rejoignant presque sur la ligne médiane et dépassant en bas le pli de l'aîne.

En arrière, toute la région lombo-sacrée est le siège d'une pigmentation très accusée, brune, qui s'arrête en haut, un peu au-dessous des côtes et descend un peu sur les fesses. Sur cette pigmentation, tranchent de grandes plaques dépigmentées moins blanches et moins nettes que celles de la paroi abdominale, parsemée de nombreux flots pigmentés qui se confondent sur les bords de la zone achromique avec la peau brune.

A la partie antérieure des cuisses, les taches pigmentées prolongeant celles de l'abdomen, encadrent à distance les plis inguinaux où la pigmentation est extrêmement prononcée ; elles sont limitées en bas par un bord oblique et légèrement sinueux.

Au niveau de toutes les parties dépigmentées, la peau est absolument normale, coloration à part. Elle est souple et ne rappelle en rien l'aspect cicatriciel ; sa sensibilité est normale.

Avec ces troubles de la pigmentation coïncide une éruption de syphilides papulo-tuberculeuses de coloration rouge cuivrée, présentant par places des squames blanches, assez adhérentes, psoriasiformes, et par places des croûtes, recouvrant des excoriations superficielles. Ces syphilides sont disposées en placards à contours circinés.

Un grand placard occupe toute la partie centrale de la joue dépigmentée de la région dorsale et s'arrête à une certaine distance de ses bords.

Sur les côtés de l'abdomen et en avant, les éléments sont plus irrégulièrement disposés ; très abondants, ils tracent sur les plaques dépigmentées et sur la peau hyperpigmentée des arabesques sinueuses envahissant indifféremment les zones blanches et les zones brunes de la peau.

Au niveau des fausses côtes droites, on voit deux placards, à peu près régulièrement arrondis, et un peu plus larges qu'une pièce de 5 francs dont le centre est guéri.

Au niveau d'une autre, la peau est manifestement dépigmentée, plus pâle que sur les parties avoisinantes et même plus pâle que sur la peau normale.

Le malade dit très nettement que, à la fin de l'an dernier, avant l'apparition des syphilides, la peau présentait à ce niveau la même coloration que les parties voisines.

Quelques éléments de syphilides papulo-tuberculeuses se voient autour de la racine de la verge, sur la peau pigmentée.

Le malade fut soumis aux injections d'huile grise ; les syphilides papulo-tuberculeuses guérissent rapidement, laissant à leur place des taches de couleur rouge foncé qui s'atténuèrent peu à peu.

Au mois de juin, les syphilides, que nous avions constatées au mois d'avril, étaient remplacées par des zones blanches manifestement dépigmentées, tranchant avec la peau hyperpigmentée du voisinage ; au niveau de ces zones, la peau avait son aspect normal sans aucun stigmate cicatriciel.

Il est donc évident que la dépigmentation était le résultat local de l'évolution des syphilides papulo-tuberculeuses ; la

configuration des zones dépigmentées existant dès l'entrée du malade rappelait d'ailleurs la disposition des placards de syphilides et pouvait être considérée comme la conséquence de lésions semblables ayant évolué à diverses reprises.

En 1902, le malade, entré dans le service de M. Souques, avait une récurrence de ses syphilides sous forme d'une longue bande étendue d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre et qui guérit rapidement par les injections de cyanure de mercure.

Les troubles de la pigmentation n'avaient pas subi de modifications bien appréciables.

En outre, il y avait une parésie de la corde vocale gauche et des troubles pupillaires (Argyll-Robertson) (myosis bilatéral) qui n'avaient pas été notés lors de son séjour dans mon service.

OBSERVATION XVIII

(Obs. de MM. Thibierge et Ravaut
à la Société médicale des Hôpitaux, 1902.)

Syphilide pigmentaire rappelant le vitiligo

B..., âgée de vingt-trois ans, entre le 6 décembre 1902 à l'hôpital Broca dans le service de M. Thibierge.

Elle a été atteinte simultanément au mois de juillet 1901 d'une lésion de la grande lèvre gauche et d'une lésion de la lèvre inférieure qui ont été reconnues pour des chancres indurés à l'hôpital de la Charité où elle a été soignée pendant treize jours.

Deux mois plus tard, elle a vu apparaître un petit nombre

d'éléments rouges, lenticulaires, non saillants, non prurigineux occupant exclusivement les membres, sur lesquels on en retrouve les traces sous la forme de cicatrices non déprimées légèrement brunes.

En même temps se sont montrées sur le cou des lésions prurigineuses vraisemblablement dues à la phtyriase. Vers la fin de décembre à la suite de maux de gorge se développa une adénite énorme occupant la région rétro et sous-maxillaire droite pour laquelle elle entra à l'hôpital de la Charité et qui dura deux mois ; à la suite de cette adénite, des plaques muqueuses se montrèrent dans le pharynx.

Au commencement de mars elle entra à l'hôpital Broca dans le service du Dr Brocq. Pendant son séjour dans le service, on remarqua l'existence de la syphilide pigmentaire. Une photographie faite par M. le Dr Sottas montre qu'à cette époque la syphilide pigmentaire s'était déjà constituée avec tous les caractères qu'elle présente aujourd'hui, la malade sortit du service de M. Brocq le 27 octobre et rentra dans le service de M. Thibierge le 6 décembre se plaignant de douleurs dans le ventre et de pertes blanches.

Elle ne présente actuellement pas d'autres manifestations que la pigmentation du cou qui mérite une description détaillée.

Le cou est, dans toute son étendue, le siège d'une pigmentation de coloration grise assez foncée tirant sur le brun ; cette pigmentation est plus prononcée sur la partie postérieure et sur les parties latérales que sur la partie antérieure du cou ; elle s'étend en diminuant d'intensité jusque sur les régions sus-épineuse et sous-claviculaire.

Elle est parsemée de zones non pigmentées de configu-

ration arrondie ou ovale, à contours assez nettement définis. Les zones non pigmentées beaucoup plus larges que dans les bornes communes de la syphilide pigmentaire atteignent 2 à 3 centimètres de diamètre; elles sont asymétriquement disposées.

A la partie postérieure du cou on voit du côté droit une large zone, occupant sa presque totalité, résultant de la confluence de cinq à six zones dont on distingue nettement la configuration sur le contour polycyclique de la zone principale; à gauche on voit à la partie inférieure de la nuque, deux zones arrondies; à la partie supérieure, trois autres zones dont la plus grande mesure près de 3 centimètres de diamètre vertical.

La zone non colorée située à droite de la nuque se prolonge sur la partie latérale droite du cou et dépasse l'angle de la mâchoire; une autre zone semblable occupe la partie moyenne de cette face latérale sur une hauteur de près de 3 centimètres; une dernière, située plus bas, résulte de la confluence de deux zones de 2 centimètres de diamètre.

Sur la face latérale gauche on ne trouve qu'une seule zone non colorée allongée verticalement, mesurant 4 cm. 1/2 de haut sur 2 à 3 centimètres de long.

A la partie antérieure du cou, se voient deux plaques ovalaires à grand axe transversal mesurant 4 centimètres de large sur 15 à 20 millimètres de haut, situées l'une au-dessous de l'autre et beaucoup moins accusées que celles des autres régions.

Ces taches, dont la configuration rappelle singulièrement celle du vitiligo, contrastent étrangement avec la coloration des parties hyperpigmentées; il est cependant facile de

s'assurer qu'à leur niveau le tégument offre sa coloration normale, et que, contrairement à ce qui caractérise le vitiligo, elles ne sont pas le siège d'une véritable achromie.

Outre ces larges zones qui sont « en réserve » sur le fond hyperpigmenté, on voit sur différents points, surtout à la partie inférieure des faces latérales du cou, des zones arrondies à contours moins nets, ne dépassant pas la largeur d'une lentille et offrant l'aspect de la pigmentaire banale. On constate, en outre, la présence de quelques cicatrices légèrement brillantes, atteignant au plus 2 ou 3 millimètres de large qui occupent soit les parties hyperchromiées, soit les zones de coloration normale et qui sont certainement le reliquat de l'affection papuleuse et prurigineuse dont la malade a été atteinte il y a quelques mois; au niveau des aisselles, on constate également l'existence de la syphilide pigmentaire, sous la forme d'une pigmentation gris sale qui déborde en avant et en arrière des creux axillaires et sur laquelle tranchent des zones non pigmentées de configuration arrondie ou ovale de 10 à 15 millimètres de diamètre; ces lésions sont tout à faits analogues à celles du cou.

Il n'y a pas de pigmentation anormale au niveau des régions inguinales.

... La ponction lombaire montre une lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien.

... La malade se plaint d'une céphalée qui occupe principalement la région frontale, présente des exacerbations irrégulières surtout matinales; cette céphalée est survenue depuis trois ou quatre mois; la malade la distingue de la céphalée du début de sa syphilis et qui occupait surtout le sommet de la tête,

OBSERVATION XVIII

(Pierre Marie et Crouzon.)

Le nommé M..., âgé de soixante-trois ans, administré de l'hospice de Bicêtre, présente un vitiligo étendu aux mains, à la ceinture et aux cuisses. On constate, au niveau des mains jusqu'aux poignets, une accentuation de pigmentation normale parsemée de taches décolorées et, à partir des poignets, la peau est absolument blanche, sans ilots pigmentés, de telle sorte qu'il est difficile de dire si c'est là une coloration normale, car si ce n'est qu'une vaste plaque d'achromie prenant tout le bras jusqu'à l'aisselle et remontant jusqu'au cou. La pigmentation du cou est très accentuée, peut-être au-dessus de la normale. Au niveau de l'abdomen se trouvent des plaques allongées dans le sens transversal à l'endroit où frottent la ceinture du pantalon et la ceinture de cuir que le malade a continué de porter. On constate encore d'autres plaques achromiques disséminées à la partie inférieure de l'abdomen et sur la partie supérieure des deux cuisses. Il n'existe pas de troubles de la sensibilité au niveau des régions achromiques. On constate, au niveau du thorax et de l'aisselle à gauche, une quantité moindre de poils qu'à droite, cette asymétrie serait congénitale au dire du malade ; elle ne se trouve pas, du reste, au niveau du pubis et de l'abdomen.

Ce malade présente, en outre, des lésions leucoplasiques de la bouche ; elles occupent les lèvres inférieure et supérieure, les commissures, la face interne des joues et la langue. Irrégulières et fissurées au niveau des lèvres, ces plaques sont lisses au niveau de la langue.

Le malade est grand fumeur ; il nie la syphilis ; il n'a jamais en aucune maladie, aucune affection génitale ni cutanée, dit-il.

Il s'est aperçu, il y a une vingtaine d'années, que sa peau se décolorait par places ; mais jamais il n'avait remarqué que sa langue et ses lèvres fussent blanches. Marié, il n'a jamais eu d'enfants, et sa femme n'a jamais fait de fausse couche ; ils avaient cependant tous deux grand désir d'avoir des enfants.

Depuis plusieurs années, sa vue est faible ; il peut cependant se conduire : l'acuité visuelle pour l'œil droit est $1/40$ (il compte à peine les doigts à 50 centimètres), pour l'œil gauche, elle est de $1/10$ (il compte difficilement les doigts à 1 mètre).

Les papilles sont très étroites, réagissent mal à la lumière, peut être même la droite ne réagit-elle pas du tout ; elle est légèrement déformée. A l'ophtalmoscope, on constate pour l'œil droit et pour l'œil gauche des papilles atrophiques.

Pour l'œil droit, la papille est atrophique dans toute son étendue, sans rétrécissement notable des vaisseaux. On note dans la partie temporale de la papille, tout autour du rebord papillaire, des taches pigmentaires pathologiques.

Le malade ne présente pas de signes tabétiques nets ; le réflexe achilléen droit est faible, sinon absent, mais le réflexe gauche existe et les réflexes rotuliens sont plutôt forts. Pas de Romberg. Pas de troubles vésicaux.

CONCLUSIONS

Il nous paraît, après cette étude sur les syphilides pigmentaires et le vitiligo et sur les relations qui unissent les deux affections, que les opinions de prime abord si dissemblables, inconciliables, touchant la syphilide pigmentaire, ne le soient pas autant qu'elles auraient pu le paraître.

Dans son traité de la syphilis, Fournier donnait les trois caractères majeurs de la syphilide pigmentaire du cou :

Sa qualité d'affection pigmentaire primitive sans mélange d'aucun élément éruptif.

Sa localisation si particulière au cou.

Sa disposition réticulée en dentelles, toutes les autres mélanodermies se produisant en nappes, en foyers diffus.

Et il ajoutait en note : « qui a jamais vu des syphilides de cette localisation ?... qui à jamais vu des syphilides en réseau ?... les malades n'ont jamais vu se développer antérieurement aux taches des éléments éruptifs... souvent les médecins ont assisté à l'éclosion et à l'évolution de cette syphilide pigmentaire qu'ils ont vu naître *ab ovo* pour ainsi dire. »

Il n'est pas un de ces caractères qui n'ait été contesté.

En effet la qualité d'affection primitive de la

pigmentaire du cou a été niée tant en France qu'en Allemagne.

Sa localisation si particulière au cou n'est pourtant pas exclusive comme le démontrent les observations de Danlos, Hudelo, Audry, Dufour qui l'ont vue se produire dans d'autres régions et même se généraliser.

Quant à sa configuration en réseau, si particulière, elle a été diversement interprétée et l'explication du professeur Gaucher qui la fait succéder à une syphilide circinée de retour est la réponse la plus simple à la question de Fournier : « qui a jamais vu des syphilides en réseau ? »

Pour ce qui est du témoignage des malades, il est permis de ne pas toujours la faire entrer en ligne de compte dans une discussion scientifique.

Un seul point reste et il a son poids, le témoignage des médecins, des cliniciens comme Hardy, Fournier, Brocq, Balzer, Darier ont vu la syphilide pigmentaire se produire primitivement sans être précédée du moindre exanthème

D'autres il est vrai, et parmi eux Lesser, Neisser, Finger, Gaucher, Thibierge l'ont vue se produire consécutivement à une efflorescence syphilitique.

Nous n'avons pas la prétention de trancher le débat, mais ainsi que le dit, M. Brocq, et nous avons reproduit plus haut ses paroles : « nous avons vu de manière la plus formelle, la syphilide pigmentaire se développer primitivement, d'emblée, sans éruption antérieure apparente... nous l'avons vue

d'autre part se développer avec rapidité autour du taches roséoliques du cou. »

Il y aurait deux processus distincts dans l'évolution de cette même pigmentaire du cou, et la syphilis pourrait produire des pigmentations d'emblée et d'autres secondairement à des éléments éruptifs : dans ce dernier cas peut-être ceux-ci agiraient-ils de façon banale, comme un traumatisme par exemple.

D'autre part, nous avons vu que, de l'avis de nombreux auteurs, il existerait de même un rapport entre la syphilis et le vitiligo, la syphilis pouvant, dans certains cas, agir dans la production de celui-ci directement et non par ses exanthèmes : les observations de Pierre Marie et Crouzon, Ballet et Guillaïn répondent à ce dernier mode pathogénique.

Mais la syphilis pourrait encore, pour M. Thibierge, jouer un rôle excitateur, localisateur dans la production du vitiligo et nous avons vu que le vitiligo, évoluant ainsi à distance d'accidents cutanés antérieurs, répondait à la leucomélanodermie de Fournier avec laquelle nous l'avons identifié à la suite de M. Pautrier ; nous avons de même montré, avec cet auteur, la différence qui existe entre cette leucomélanodermie et la lèpre kabyle des auteurs algériens.

Reprenons maintenant la classification des pigmentations de la syphilis de Fournier.

Celles-ci sont : ou bien primitives, et dans ce cadre entrent la syphilide pigmentaire vraie du cou en réseau ou en lunules et la leucomélanodermie, ou bien secondaires, et Fournier range parmi ces

dernières les pigmentations consécutives à des papules spécifiques, à des lésions tuberculeuses, tuberculo-ulcéreuses.

D'après l'ensemble des études sur cette question, il nous semble que l'on peut actuellement considérer la syphilis comme une cause de dyschromies, soit :

1° Par l'intermédiaire de ses exanthèmes et dans ce groupe entrent la pigmentaire secondaire du cou, la leucomélanodermie post et péri-papuleuse de Gaucher, la leuco-atrophie de Fournier, la lèpre kabyle des auteurs algériens, toutes dyschromies qui succèdent *in situ* à des éléments éruptifs ;

2° Soit par ses exanthèmes encore, mais c'est à leur voisinage que se produisent alors les pigmentations ; l'on pourrait placer ici la leucomélanodermie de Fournier, le vitiligo pour Pautrier ;

3° Enfin la syphilis peut produire d'une façon primitive une dyschromie cervicale identique morphologiquement à celle qui succède à des macules ou à des papules et sans doute produit-elle encore, primitivement, certaines formes de vitiligo.

Cette classification n'a rien d'original ; elle est la conséquence logique, nous semble-t-il, de l'ensemble des travaux sur les pigmentations dans la syphilis et sur le vitiligo.

Vu : le Président de thèse,
GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Sur un cas [de syphilide pigmentaire généralisée (Annales dermatologie, 1890, p. 134.)
- BALZER. — Ruptures consécutives à des syphilides secondaires (Bulletin de la Soc. médicale des hôpitaux, 1877, p. 404).
- Ruptures ou macules atrophiques chez un syphilitique, (France médicale, 1888).
 - Annales dermatologie, 1899.
 - Pathogénie de la syphilide pigmentaire (Bulletin de la Société de dermatologie, 1900, p. 16).
- BALZER et BARCAT. — Syphilide pigmentaire du cou avec persistance des éléments maculo papuleux au centre des espaces décolorés (Société médicale des hôpitaux, juin 1901).
- BALZER et DESHAYE. — Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes (Annales de dermatologie, 1906, p. 272).
- BALZER et FAURE-BEAULIEU. — Macules atrophiques post papuleuses (Annales de dermatologie, 1903, p. 252).
- BALZER-VERGETUBES. — Pratiques dermatologique, t. IV, p. 801.
- BALLET et BAUER. — Société de neurologie, février-mars 1902.
- BARCAT. — Thèse de Paris, 1901.
- BOUYEYRON. — Livredo et syphilis.
- Société nationale de médecine de Lyon, 5 juillet 1909).
- BROCCQ. — Syphilide pigmentaire (Traité élémentaire de dermatologie pratique, page 690. Vitiligo-Vitiligo

(Traité élémentaire de dermatologie pratique).

CAILLAT. — Contribution à l'étude de la syphilis pigmentaire observée dans la syphilis acquise de l'enfant. Thèse de Paris, 1904.

DANLOS. — Syphilis pigmentaire généralisée (Annales dermatologie, 1904, p. 345).

— Vagétures syphilitiques en plaques ovalaires (Annales dermatologie, 1897).

— Leucomélanodermie syphilitique (Bulletin de la Société de dermatologie, 1893, p. 350).

— Syphilide pigmentaire du cou chez l'homme (Annales de dermatologie, 1898).

— Syphilide pigmentaire du cou en forme exceptionnelle avec phtyriace (Annales dermatologie, 1900, p. 643).

— Syphilis héréditaire et syphilide pigmentaire (Annales de dermatologie, 1905, p. 85).

DANLOS et DÉHÉRAIN. — Macules atrophiques syphilitiques (Annales de dermatologie, 1906, p. 272).

DARIER. — Mélanodermies (Pratique dermatologique, III).

— Vitiligo (Pratique dermatologique, IV).

— Syphilide pigmentaire (Annales dermatologique, 1898).

— Précis de dermatologie, 1909.

DELMAS. — Syphilide pigmentaire du cou. Thèse de Paris, 1904).

DOYON. — Annales dermatologie, 1899, p. 592.

DUFOUR. — Annales dermatologie, 1896, p. 954.

EHRMAN. — Du rôle des mélanoblastes dans la syphilis pigmentaire (Annales dermatologie, 1899, p. 592).

— Pathologie de la syphilide pigmentaire (Annales de dermatologie, 1896, p. 954).

— Annales de dermatologie, 1896 et 195).

ENRIQUEZ et BAUER. — Syphilide pigmentaire exceptionnelle

comme siège et comme étendue (Société médicale des hôpitaux, 1901, p. 1363).

ETIENNE. — Éphélides syphilitiques (Bulletin de la société de dermatologie, novembre 1897).

FINGER. — La syphilis et les maladies vénériennes (Traduction Doyen, 1900).

FISSON. — Thèse de Lille, 1887.

FIVEISKY. — Contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire (Annales de dermatologie, 1891, p. 418).

FOURNIER. — Leucomélanodermie syphilitique (Annales de dermatologie, 1893, p. 740).

— Traité de la syphilis.

GAUCHER. — Étiologie du vitiligo (Revue de médecine, décembre 1900 et Annales de dermatologie, 1902, p. 1112)

— Gazette des hôpitaux, juin 1906, p. 759, pathogénie des pigmentations du cou dans la syphilis.

GAUCHER et CHIRAY. — Leucomélanodermie cervicale chez un hérédo-syphilitique (Annales de dermatologie, 1903).

GAUCHER et MILIAN. — Syphilis-pigmentaire du cou et leucodermie post éruptive (Annales de dermatologie, février-mars 1903).

GAUCHER et CROUZON. — Des troubles de la nutrition dans la syphilis (Société médicale des hôpitaux, février 1902).

GÉMY. — Syphilide pigmentaire dans la syphilis héréditaire tardive (Annales de Dermatologie, 1898, p. 462).

GÉMY et RAYNAUD. — Leucomélanodermie syphilitique chez les indigènes algériens (Bulletin de la Société de Dermatologie, novembre 1897).

GHIBOUT. — Syphilide pigmentaire (Annales de Dermatologie, 1869, p. 451).

GRON. — Leucodermie syphilitique et syphilide pigmentaire (Journal de l'association de médecine norvégienne, 1909, n° 1).

HALLOPEAU. — Sur l'existence de taches achromiques autour

- de la papule de rougeole (*Annales de Dermatologie*, 1903, p. 226).
- HALLOPEAU et DAINVILLE (François). — Sur un cas de syphilides papuleuses avec atrophie et hyperpigmentation (*Bulletin de la Société de Dermatologie*, juillet 1908, p. 238).
- HARDY. — Traité de la syphilis et des maladies cutanées.
— Syphilide pigmentaire (*Gazette des hôpitaux*, 1854, n° 34).
- HASLUND. — Leucodermie syphilitique (*Annales de Dermatologie*, 1886 et 1893).
- HÉBRA. — Syphilide pigmentaire (*Annales de Dermatologie*, 1891, p. 721).
- HJELMAN. — Persistance des lésions histologiques dans la syphilide pigmentaire (*Annales de Dermatologie*, 1897).
— *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 711.
- HUDELO. — Syphilide pigmentaire généralisée (*Bulletin de la Société de Dermatologie*, février 1892).
- HULLEU. — Sur l'installation de la syphilide pigmentaire (*Annales Dermatologie*, 1903, p. 737).
- JULIEN. — Amabilité de la syphilide pigmentaire (*Annales de Dermatologie*, 1896, p. 608).
- LEGRAIN. — Sur un cas de syphilide pigmentaire (*Annales de Dermatologie*, 1900, p. 780).
- LESSER. — Leucodermie syphilitique (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 196).
— Traité des maladies vénériennes. Traduction Bazet, 1901.
- MARCOU — Thèse.
- MARIE et CROUZON. — Vitiligo et syphilis (*Annales de Dermatologie*, 1902, p. 996).
- MARIE et GUILLAIN. — Vitiligo et syphilis (*Annales de Dermatologie*, 1902).
- NEISSER. — Leucodermie syphilitique (*Annales de Dermatologie*, 1898, p. 196).

- NIVET. — Macules atrophiques ayant succédé à la résorption d'une syphilide secondaire (Annales de Dermatologie, 1887, p. 641).
- OPPENHEIMER. — Annales de Dermatologie, 1891, p. 820.
- PAUTRIER. — Sur l'étiologie du vitiligo (Revue pratique des maladies cutanées et vénériennes, 1904).
- Leucomelanoderme (Revue pratique des maladies cutanées et vénériennes, 1904).
- POIRIER. — Syphilide pigmentaire anormale (Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie, 14 novembre 1909).
- RENAULT. —
- REY et CHALENZON. — Contribution à l'étude de la syphilis maculeuse chez les indigènes.
- ROBLIN. — Thèse de Paris, 1908.
- ROSENTHAL. — Syphilide pigmentaire (Annales de Dermatologie, 1893, p. 160).
- SAINTIN. — Étude de la syphilide pigmentaire primitive. Thèse de Nancy, 1884.
- TANTUNI. — De la Syphilide pigmentaire (Gazette des Hôpitaux, 1866, p. 26).
- TAYLOR. — The Pigmentary syphilid. (The New-York medical Journal, 18 february 1893, p. 177).
- TENNESON. — Vitiligo et syphilis (Annales de Dermatologie, 1889, p. 345).
- THIBIERGE. — Du Vitiligo (Semaine médicale, 28 octobre 1891, p. 433).
- Conditions de développement de la syphilide pigmentaire (Berliner Klinische Wochenschrift, 12 septembre 1904, p. 988).
- Vitiligo et syphilis (Annales de Dermatologie, 1905, p. 118).
- THIBIERGE et RAVAUT. — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux, 1902, p. 1156).
- Pigmentation généralisée revêtant au cou l'aspect de la syphilide pigmentaire (Bulletin de la Société de Dermatologie, février 1897).

TABLE DES MATIÈRES

I. — Introduction.....	5
II. — Pigmentation normale de la peau.....	7
III. — Étiologie des pigmentations.....	13
IV. — Historique.	19
V. — Étude clinique de la syphilide pigmentaire.....	27
VI. — La syphilide pigmentaire est-elle primitive ou secondaire.....	37
VII. — Histologie.....	59
VIII. — Évolution et durée.....	65
IX — Diagnostic.....	71
X. — Leucomélanodermie de Fournier.....	73
XI. — Le vitiligo et ses rapports avec la syphilis.....	81
XII. — Observations.....	93
XIII. — Conclusions.....	125
Bibliographie.....	129

